

М. О. ГУРЕВИЧ и М. Я. СЕРЕЙСКИЙ

УЧЕБНИК
ПСИХИАТРИИ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО • 1948

Penney's No 2



М. О. ГУРЕВИЧ и М. Я. СЕРЕЙСКИЙ

УЧЕБНИК ПСИХИАТРИИ

С ПРЕДИСЛОВИЕМ П. Б. ГАННУШКИНА

*Научно-технической секцией
Государственного ученого совета
допущено в качестве пособия
для высшей школы*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА ★ 1928 ★ ЛЕНИНГРАД

УЧЕБНИК ИСТОРИИ

А. И. Косовский, И. П. Мухоморов

Учебник для учащихся
средних школ
Москва, 1938



Главлит № А—6409.

Н—50/Гиз № 23648.

Тираж 4 000 экз.

Типография Госиздата „Красный пролетарий“. Москва, Пименовская, 16.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Написать в настоящее время учебник по психиатрии — дело очень не легкое, а между тем нужда в таком учебнике — особенно небольшом, кратком — очень большая; учащихся медиков очень много, и все их запросы должны быть удовлетворены переводным кратким руководством Крепелина, которое, несмотря на все свои неоспоримые достоинства, все же в настоящее время — при быстром темпе развития нашей дисциплины — оказывается уже несколько устаревшим, да и изложение предмета в этом руководстве является слишком сжатым, схематичным и не всегда понятным для того круга читателей, который вынужден пользоваться этой книгой при своих занятиях в медицинской школе. Помимо слишком быстрого темпа в прогрессе психиатрии, большая трудность написания краткого психиатрического учебника объясняется еще и тем обстоятельством, что за последние годы психиатрия, ее объем и ее взаимоотношения заметно перестраиваются, и перестраиваются в двух направлениях: во первых, психиатрия перестает быть изолированной, она сближается с соматической медициной — и смеем думать, с большой пользой для обеих сторон — и, во вторых, современная психиатрия все больше и больше втягивает, вовлекает в круг своего ведения так называемые пограничные случаи, так называемую „малую“ психиатрию. И в той, и в другой области — и в сфере слияния с соматикой, и в сфере малой психиатрии — многое еще неясно, не установлено, но в то же время и очень интересно, и принципиально важно; многое в своем фактическом содержании еще не настолько выкристаллизовалось, чтобы попасть в студенческие учебники, но не коснуться этих новых сторон дела даже в кратком руководстве — это значило бы сильно погрешить против психиатрической перспективы. Этими обстоятельствами психиатрический учебник текущего момента является обреченным — обреченным на краткий срок существования, но в этом, думается нам, хороших сторон больше, чем плохих.

Предлагаемый учебник, написанный М. О. Гуревичем и М. Я. Серейским, прекрасно справился со всеми трудностями этого большого дела. С одной стороны, все то, что в клинической психиатрии является сколько-нибудь прочным и установленным, — все это нашло себе достаточное отражение в книге; с другой стороны, все новые направления и тенденции, все наши надежды на дальнейшие психиатрические завоевания — все это точно так же достаточно выпукло и исчерпывающе изложено и представлено. То счастливое обстоятельство, что авторы книги являются крупными специалистами — один в области патологической анатомии центральной нервной системы, а другой — в области эндокринологии, вполне обеспечивает правильное биологическое толкование всего материала, но в то же самое время это делается нисколько не в ущерб клинике, клиническому подходу; это обстоятельство надо особенно подчеркнуть теперь, когда сплошь и рядом и у нас и, может быть, еще более на Западе лабораторно-экспериментальные работы даже в клинических и больничных учреждениях отодвигают на второй план чисто клиническое исследование больного — конечно, во вред последнему.

Книга М. О. Гуревича и М. Я. Серейского успешно справляется не только с принципиальной стороной дела, но и с фактическим, конкретным содержанием предмета; общее направление учебника — крепелиновское, да иначе и нельзя, но конечно, с теми необходимыми дополнениями, которые внесло в доктрину Крепелина все развитие нашей науки; содержание — вполне на высоте современного уровня знаний.

Мы желаем книге успеха; нам думается, она этого вполне заслуживает, а то обстоятельство, что оба автора ее связаны длительной научной и преподавательской работой с психиатрической клиникой I Московского государственного университета, заставляет нас особенно радоваться появлению этой книги в свет.

П. Ганнушкин.

СОДЕРЖАНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ.

	Стр.
Предмет и метод психиатрии	13

Часть первая.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Этиология психических заболеваний. Причинные факторы: экзогенные — соматические и психические, эндогенные — аутоинтоксикации, болезни внутренних органов, наследственность. Предрасполагающие факторы: общее предрасположение, влияние среды	23
--	----

ГЛАВА ВТОРАЯ.

Соматическая симптоматология психических заболеваний. Строение тела и его аномалии. Признаки вырождения. Неврологические расстройства: вегетативная нервная система, рефлексы, зрачки. Расстройства двигательных функций. Виды расстройств. Расстройства со стороны внутренних органов: вес тела, температура, пульс, кровяное давление, вазомоторные расстройства, потоотделение, трофические расстройства, изменения в моче, расстройства менструации, кровь, спинномозговая жидкость.	35
--	----

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Психическая симптоматология. Психорефлекторная дуга. I. Расстройства рецепторных функций. Обманы чувств: иллюзии и галлюцинации. Распределение галлюцинаций по отдельным органам чувств и при разных заболеваниях. Условия возникновения обманов чувств. Механизм образования обманов чувств. Методы исследования рецепторных функций	49
---	----

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

II. Расстройства интрапсихических функций. 1. Интеллект. Методы исследования интеллекта. 2. Память. Биологические основы памяти. Клинические формы расстройств памяти: количественные и качественные расстройства. Методы исследования памяти	57
---	----

ГЛАВА ПЯТАЯ.

- III. Расстройства интрапсихической активности.
 1. Мышление. Ассоциации. Апперцептивное или логическое мышление. Свободное ассоциативное мышление. Клинические формы расстройства мышления. Возбужденность мышления. Заторможенность мышления. Персеверация. Обстоятельность. Разорванность мышления. Навязчивые идеи. Бредовые идеи. Методы исследования расстройств мышления 64

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

- III. Расстройства интрапсихической активности
 (окончание).
 2. Аффективность. Стенические и астенические аффекты. Понижение и повышенные аффективной возбудимости. Эмоциональная невоодержанность. Аффективная амбивалентность. Патологический аффект. Биологическая теория аффектов. Методы исследования аффективности 75

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

- IV. Расстройство центробежных (волевых) функций.
Клинические проявления. Количественные изменения волевых функций. Гипофункция воли. Гиперфункция воли. Стремление к деятельности. Стремление к движениям. Психомоторная заторможенность. Психомоторная задержка. Внушаемость. Повышенная внушаемость. Катаlepsия, автоматическая подчиняемость, эхопраксия, эхолалия. Пониженная внушаемость: негативизм, мутизм. Гипобулические механизмы. *Качественные изменения волевых функций.* Парапраксии: манерность, стереотипия, вербигерация. Парабулии: Половое влечение. Конверсии. Сублимирование. Количественные и качественные расстройства полового влечения. Мастурбация. Перверсные компоненты. *Внимание. Методы исследования центробежных функций.* 81

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

- Сознание.** Степени сознания. Центр и периферия сознания. *Расстройства сознания.* Количественные изменения: оглушенность, сомнолентность, торпор, кома. Качественные изменения: сумеречное состояние, делириозное состояние. *Исследование состояния сознания. Типы психических реакций.* Характер и темперамент. *Примитивная реакция:* эксплозивная реакция, реакция короткого замыкания, гипобулические и гипонейческие реакции. *Реакция личности:* стеническая, астеническая, аутистическая. Экспансивный, сензитивный и аутистический характер. *Виды темперамента. Симптомокомплексы* 87

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

- Течение, исход и прогноз психозов. О патологической анатомии и локализации психических расстройств. Органические и функциональные психозы. Топистика 94

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

- Профилактика и лечение. Психопрофилактика и психогигиена в школе. Профессиональная ориентация. Охрана труда. Оздоровление быта.

	Стр.
Психопрофилактика в тюрьмах. Борьба с социальной деградацией. Своевременное лечение легких нервно-психических расстройств. Диспансеры. Психиатрические больницы; организация их. Санаторные учреждения. Учреждения для психически больных преступников. <i>Методы лечения. Психотерапия: собеседование, метод внушений и гипноза, метод убеждений; психоаналитический метод</i>	98

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

Правовое положение психически больных	111
---	-----

ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ.

Классификация психических расстройств <i>Приложения. История болезни.</i>	114
---	-----

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Симптоматические психозы ■ связи с расстройством внутренних органов. Заболевание внутренних органов. Сердце. Желудочно-кишечный тракт. Печень. Органы чувств. Генеративные органы (менструации, беременность, роды ■ послеродовой период; период лактации). Аутоинтоксикации. Эклампсия. Уремия. Анемия. Рак. Эндокринопатии. <i>Щитовидная железа. Базедова болезнь. Миксэдема взрослых. Кретинизм (эндемический и спорадический кретинизм). Паращитовидные железы. Тетания. Гипофиз. Акромегалия. Гигантизм. Нанизм. Адипозогенитальная дистрофия. Несахарное мочеизнурение. Поджелудочная железа. Диабет. Эпифиз. Половые железы. Евнухоидизм. Надпочечники. Болезнь Аддисона. Зобная железа</i>	121
---	-----

ГЛАВА ВТОРАЯ.

Инфекционные психозы. Психозы на почве острых инфекций без непосредственной мозговой локализации. <i>Симптоматические психические изменения. Лихорадочный бред. Инфекционный бред, резидуальный бред. Послеинфекционные экзогенные типы реакций. Аменция. Послеинфекционная психическая слабость. Психические расстройства после острых инфекций с непосредственной мозговой локализацией. Острый гнойный менингит. Серозный менингит. Острые энцефалиты. Абсцесс мозга. Хронические последствия острых инфекционных психозов. Особенности психозов при различных острых инфекционных заболеваниях. Брюшной тиф. Сыпной тиф. Возвратный тиф. Паратиф. Воспаление легких. Рожа. Оспа. Скарлатина. Корь. Дифтерия. Холера. Чума. Грипп. Суставной ревматизм. Пиэмия ■ септицемия. Малярия. Бешенство</i>	150
--	-----

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Психические расстройства в связи с подострыми и хроническими инфекциями. Инфекционная хорей. Симптомы и течение. Предсказание. Распознавание. Патологическая анатомия. Лечение. *Эпидемический энцефалит.* Патогенез. Симптомы и течение: острый стадий, хронический стадий. Исход болезни. Прогноз. Распознавание. Патологическая анатомия. Лечение. Ист. бол. сл. 1 и 2. *Множественный (рассеянный) склероз.* *Сифилис мозга.* Сифилитическая неврастения. Изменения характера. Острый и подострый менингит. Гуммы. Сифилитический псевдопаралич. Апоплектические и эпилептиформные сифилитические заболевания. Параноидная форма. Распознавание. Патологическая анатомия. Лечение. *Психические изменения при врожденном сифилисе.* Внутренняя головная водянка. *Психозы при табесе.* 165

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

Прогрессивный паралич. Этиология. Патогенез. Симптоматология: психические симптомы (продромальный период, стадий полного развития, стадий паралитического маразма). Соматические симптомы. Обмен веществ. Течение. Прогноз. Атипичические формы. Дифференциальный диагноз. Патологическая анатомия. Профилактика и лечение. Ист. бол. сл. 3 187

ГЛАВА ПЯТАЯ.

Психические расстройства на почве туберкулеза. *Туберкулезный менингит.* *Солитарный туберкул.* Психические расстройства ■ связи с травматическими ■ другими тяжелыми экзогенными поражениями мозга. *Травмы черепа.* Сотрясения. Контузии. Травматическое слабоумие; травматическая эпилепсия. Изменения характера. Травматические психоневрозы. *Поражения молнией и электрическим током.* *Солнечный и тепловой удар.* Психические заболевания ■ связи с тяжелыми эндогенными заболеваниями мозга. *Опухоли мозга.* *Туберозный склероз.* *Миоклоническая эпилепсия.* *Амауротическая идиотия:* детская форма, ювенильная форма. *Хорей Гентингтона* 207

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

Психические заболевания ■ связи с отравлениями. Острые (однократные) отравления. Длительные отравления; профессиональные вредности, отравления пищей, лекарственные отравления, наркотики. **Алкоголизм.** *Острые отравления.* *Эпилептиформное опьянение.* *Хронический алкоголизм.* *Бред ревности у пьяниц.* *Белая горячка.* Симптоматология. Течение, прогноз, этиология, клиническая картина. Распознавание. Ист. бол. сл. 4. *Алкогольные галлюцинации.* *Корсаковский психоз.* Патологическая анатомия алкоголизма. Профилактика и лечение алкоголизма. Судебно-психиатрическое значение алкоголизма. **Морфинизм.** Распознавание. Генуинная и симптоматическая наркомания. Симптоматология. Явления воздержания. Течение. Прогноз. Патологическая анатомия. Этиология и патогенез. Распознавание. Лечение и профилактика. Ист. бол. сл. 5,

	Стр.
Кокаинизм. Симптоматология. Течение. Этиология. Распознавание. Прогноз. Лечение и профилактика. Ист. бол. сл. 6. Отравление опиум, эфиром и хлороформом	217

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

Психозы возраста обратного развития. Классификация психозов старческого возраста. Старческое слабоумие. Симптоматология. Течение. Прогноз. Патологическая анатомия. Распознавание. Лечение. Ист. бол. сл. 7. Атипичические формы старческого слабоумия. Форма Пика. Болезнь Альцгеймера. Артериосклеротические психические расстройства. Симптоматология. Течение. Прогноз. Патологическая анатомия. Распознавание. Лечение и профилактика. Ист. бол. сл. 8. Пресенильные психозы. Инволюционная меланхолия. Депрессивное климактерическое возбуждение. Поздняя кататония. Пресенильный бред ущерба. Течение. Прогноз. Распознавание. Патологическая анатомия. Лечение. Ист. бол. сл. 9	244
---	-----

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

Эпилепсия. Симптоматология. Судорожный припадок. Petit mal. Психические изменения. Острые расстройства: изменения настроения, сумеречные состояния (снохождение, сновидные состояния, делириозная спутанность), дипсомания. Хронические изменения психики. Соматические симптомы. Течение. Прогноз. Патологическая анатомия. Патогенез и этиология. Распознавание. Лечение. Судебно-психиатрическое значение эпилепсии. Ист. бол. сл. 10. Эпилептиформные реакции. Симптоматические формы: опухоли и пр.; эндокринно-токсическая эпилепсия. Самостоятельные формы: спазмофилия, аффективные респираторные судороги, пикнолепсия, нарколепсия, аффект-эпилепсия, психастенические судороги	265
---	-----

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

Шизофрения. Симптоматология. Психические симптомы. Соматические симптомы: неврологические и вегетативные симптомы. Клинические формы шизофрении. Простая шизофрения. Гебефрения. Кататония. Параноидная форма. Циркулярная форма. Речевая спутанность. Течение. Прогноз. Исход. Патологическая анатомия. Этиология и патогенез. Распознавание. Лечение и профилактика. Ист. бол. сл. 11. Парифрения	288
---	-----

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

Маникально-депрессивный психоз. Симптоматология. Маниакальная фаза. Депрессивная фаза. Смешанные состояния. Циклотимия. Конституциональная депрессия. Конституциональная мания. Соматические симптомы. Течение. Прогноз. Этиология и патогенез. Распознавание. Лечение и профилактика. Ист. бол. сл. 12	314
---	-----

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

Стр.

Параноя. Симптоматология. Бред преследования. Бред величия. Течение. Этиология. Распознавание. Лечение. Ист. бол. сл. 13 327

ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ.

Психогенные реакции. Неврастения. Прimitивные психогении. Реактивные депрессии. Аффективные реакции, связанные с вазомоторно-эндокринными расстройствами. Шизоидные реакции. Параноидные реакции. Истерия. Симптоматология. Неврологические симптомы. Психические симптомы. Истерические психозы. Истерический характер. Формы истерии. Течение. Распознавание. Профилактика и лечение. Симуляция 334

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

Пограничные состояния. Врожденные болезненные состояния. Конституциональная нервность. Симптоматология. Течение и прогноз. Этиология. Распознавание. Лечение ■ профилактика. Психастения. Симптоматология. Навязчивые идеи. Течение. Прогноз. Распознавание. Лечение. Ист. бол. сл. 14. Извращения влечений (импульсивное помешательство). Импульсивные действия. Половые извращения. Прогноз и лечение. Психопатии. Понятие об антиномиях ■ пропорциях. Корреляции. Шизоидная психопатия. Циклоидная психопатия. Эпилептоидная психопатия. Реактивно-лабильная (истероидная) психопатия. Подразделение психопатий по Крепелину: возбудимые, неустойчивые, лгуны и фантасты, странные и дураки, сварливые, одержимые влечениями, антисоциальные психопаты. Течение и прогноз. Лечение ■ профилактика. 357

ГЛАВА ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ.

Олигофрения. Общие данные. Симптоматология. Степени: идиотия, имбецильность, дебильность. Физическое развитие. Двигательные особенности олигофренов. Особенности речи. Отдельные формы олигофрении. Олигофрения вследствие эндогенных уродств мозга. Микроцефалия. Олигофрения в связи с грубыми частичными явлениями недоразвития мозга. Олигофрения вследствие экзогенных поражений мозга. Инфекционные формы олигофрении. Олигофрения на почве сифилиса, на почве головной водянки. Травматические олигофрении. Олигофрения на почве отравлений. Олигофрения на почве эндокринных расстройств. Монголизм. Инфантилизм. Течение. Патологическая анатомия. Распознавание. Лечение и профилактика. Судебно-медицинское значение олигофрении. Заключение 383

ВВЕДЕНИЕ.

Психиатрия имеет своей задачей изучение психических расстройств и борьбу с ними. Ввиду чрезвычайной сложности психических функций и их анатомического субстрата — мозгового вещества, биологическое их изучение представляет исключительные трудности. В то

время как остальные области медицины получили могучее развитие, особенно во 2-й половине XIX столетия, в связи с успехами анатомии, физиологии, химии, бактериологии, — для изучения сложных психических функций и их изменений естественно-научный метод долгое время не мог быть использован так широко и плодотворно. Хотя еще в V веке до нашей эры Гиппократ подошел к изучению психических болезней с естественно-научной точки зрения, заявив, что лечение этих бо-

лезней подлежит ведению врача, все же до последнего времени психиатрия оставалась оторванной от общей медицины; она в значительной мере питалась психологическими теориями и методами, далекими от естественно-научной обоснованности, что отражалось и на положении душевнобольных, которых не считали больными в медицинском смысле, и на устройстве соответствующих учреждений, которые не считались больницами и не были



Рис. 1. Ф. Пинель (1755—1826).

ими. Лишь во времена французской революции Пинель (Pinel) не только высказал ясные биологические взгляды на природу психических заболеваний, но ■ сделал соответствующий практический вывод, сняв цепи с душевнобольных ■ превратив „сумасшедший дом“ тюремного типа — в больницу. В дальнейшем, путем

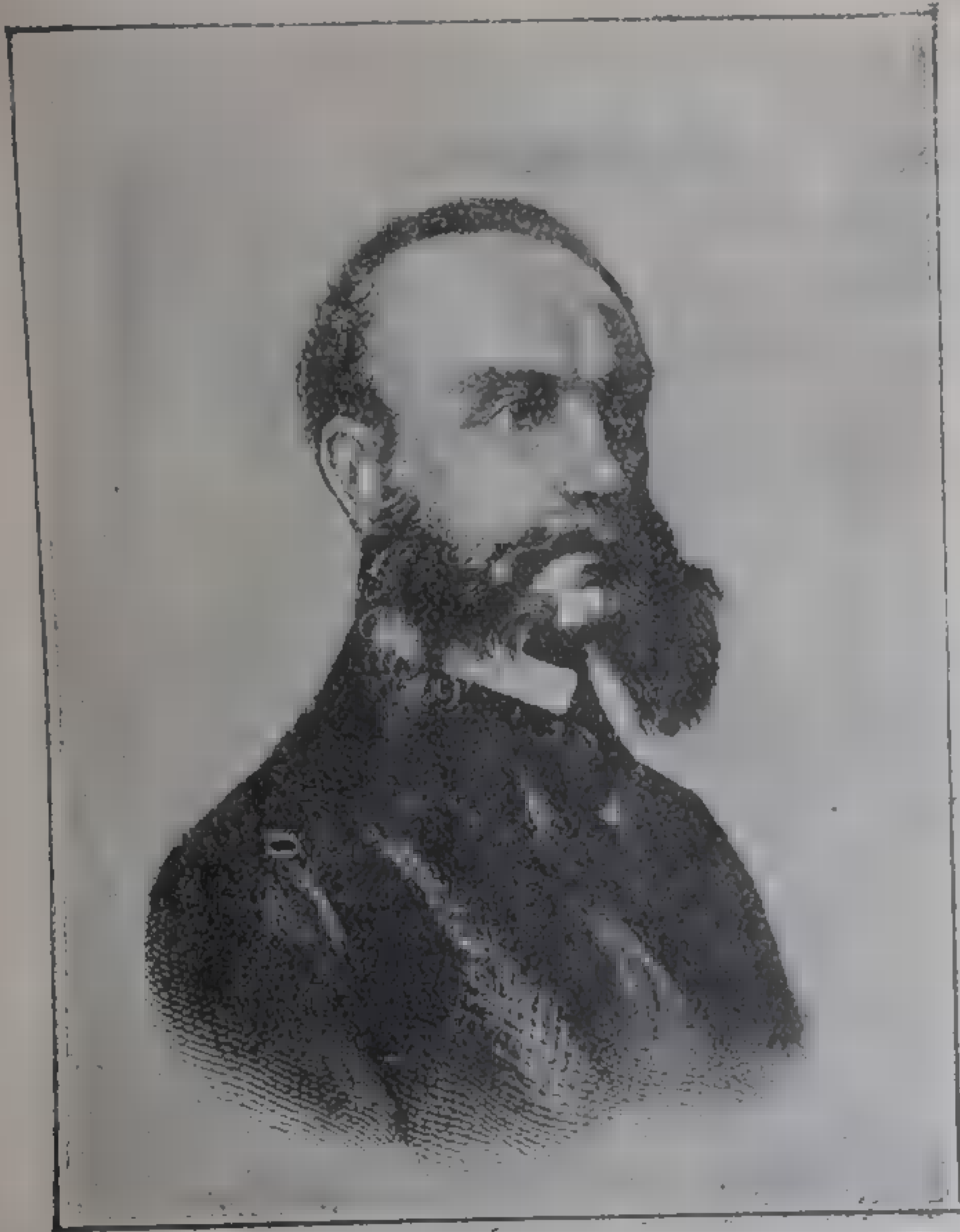


Рис. 2. В. Гризингер (1817—1868).

клинических наблюдений постепенно накапливались объективные факты, касающиеся психозов, и мало-помалу началось их биологическое изучение; в середине XIX века Г р и з и н г е р (Griesinger) устанавливает, что психические болезни — это болезни мозга. Утверждение Гризингера нужно считать очень важным этапом в развитии психиатрии, но в настоящее время оно уже недостаточно, так как биологическое изучение психических функций показало их зависимость не только от строения ■ деятельности центральной нервной системы, но ■ от состояния всего орга-

низма, так или иначе отражающегося на функциях нервной ткани. Хотя таким образом несомненно ■ раньше отдельные психиатры применяли методы биологического подхода к изучению психозов (в России Балинский, Мержеевский, Корсаков и др.), но лишь Крепелин (Kraepelin) может считаться настоящим творцом современной психиатрии, связанной с прочими областями медицины единым биологическим методом исследования. Такому в высшей степени плодотворному сдвигу содействовало то обстоятельство, что именно за последнее время анатомия центральной нервной системы, серология, биохимия, эндокринология достигли, наконец, такой ступени развития, что они уже могли быть использованы для определения сущности психических заболеваний и для создания соответствующих нозологических концепций. Наконец, успехи цитоархитектоники мозговой коры, сопоставление анатомических и клинических данных, намечают возможность лока-

лизации психических расстройств, а также установления зависимости между поражением мозговых систем и особенностями клинического проявления болезни.

Таким образом, в течение последних десятилетий постепенно совершается превращение психиатрии в биологически обоснованную отрасль медицины. Этот процесс еще фактически не закончен. Слишком много остается затруднений при биологическом изучении сложных психических функций и их расстройств, слишком мало еще выяснены многие стороны нормальной и патологической психической деятельности. Поэтому и до настоящего времени многие понятия и соответствующие им термины в психиатрии далеки от естественно-научной точности; до сих пор в нашей науке сохранилось значительное число старых психологических терминов, без которых пока еще трудно обходиться при изложении психиатрии. Стремление заменить такие психологические термины при помощи слов, звучащих естественно-научно, не может помочь: никакой словесный термин не в состоянии ничего дать до тех пор, пока не будет изучена биологически самая сущность соответствующего психического явления, что во многих отношениях еще не достигнуто. Здесь, однако, важна принципиальная установка исследователя: употребляя старый термин, он должен помнить, что соответствующие психические функции подлежат рано или поздно биологическому расшифрованию. Из сказанного ясно, что и в нашей книге читатель встретит ряд терминов психологического происхождения, не имеющих отчетливого биологического содержания; все же мы подразумеваем под соответствующими понятиями определенные, пока не окончательно выясненные функции, связанные с деятельностью мозговых си-

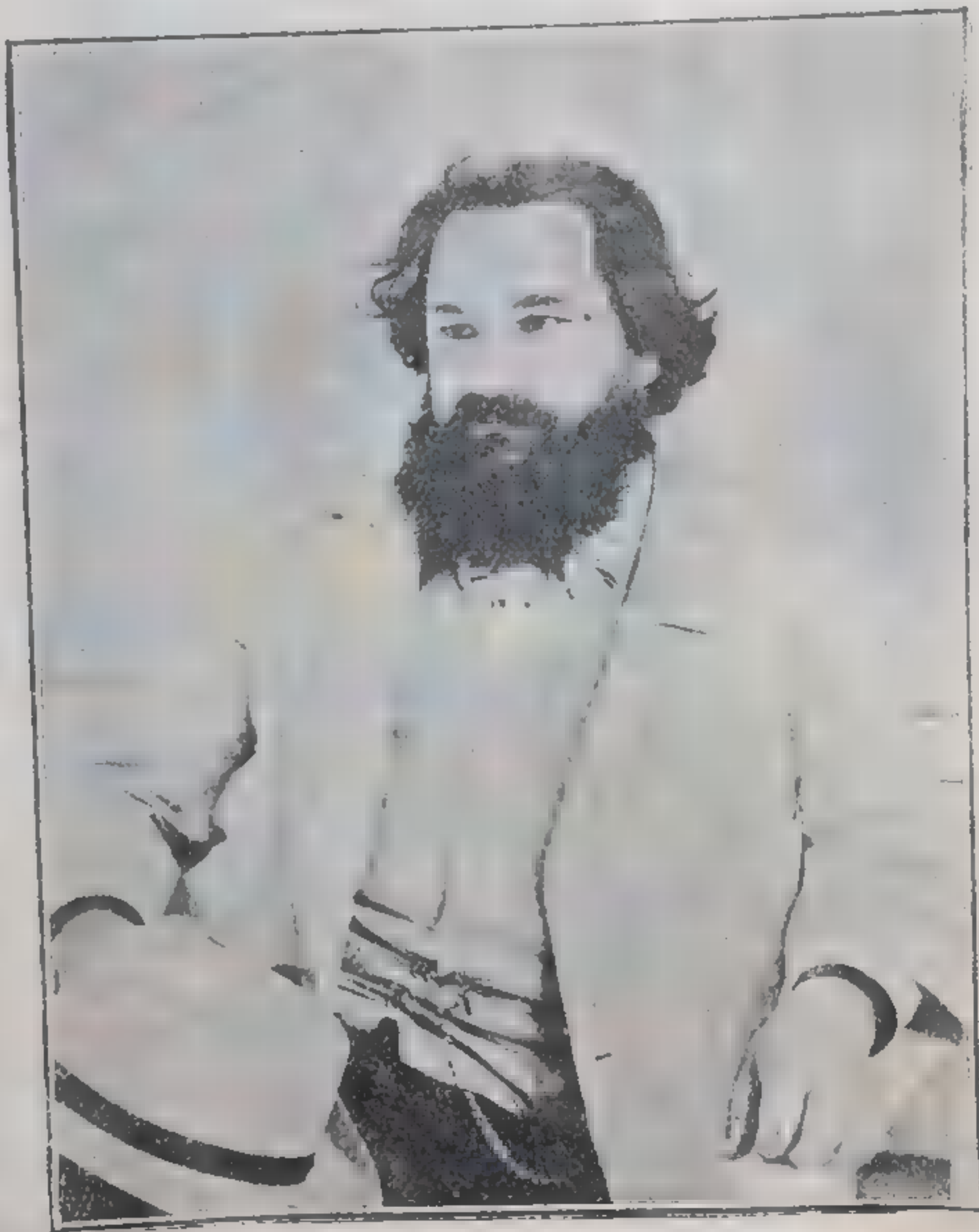


Рис. 3. С. Корсаков (1853—1900).

стем, тех или иных участков психорефлекторной дуги. Во всяком случае, если до сих пор далеко не весь материал психиатрии биологически переработан, то огромный прогресс в этом отношении совершенно несомненен.

Помимо биологической перестройки, ■ психиатрии за последнее время произошли чрезвычайно важные изменения в другом направлении, изменения, отразившиеся на общем положении данной науки среди других обла-

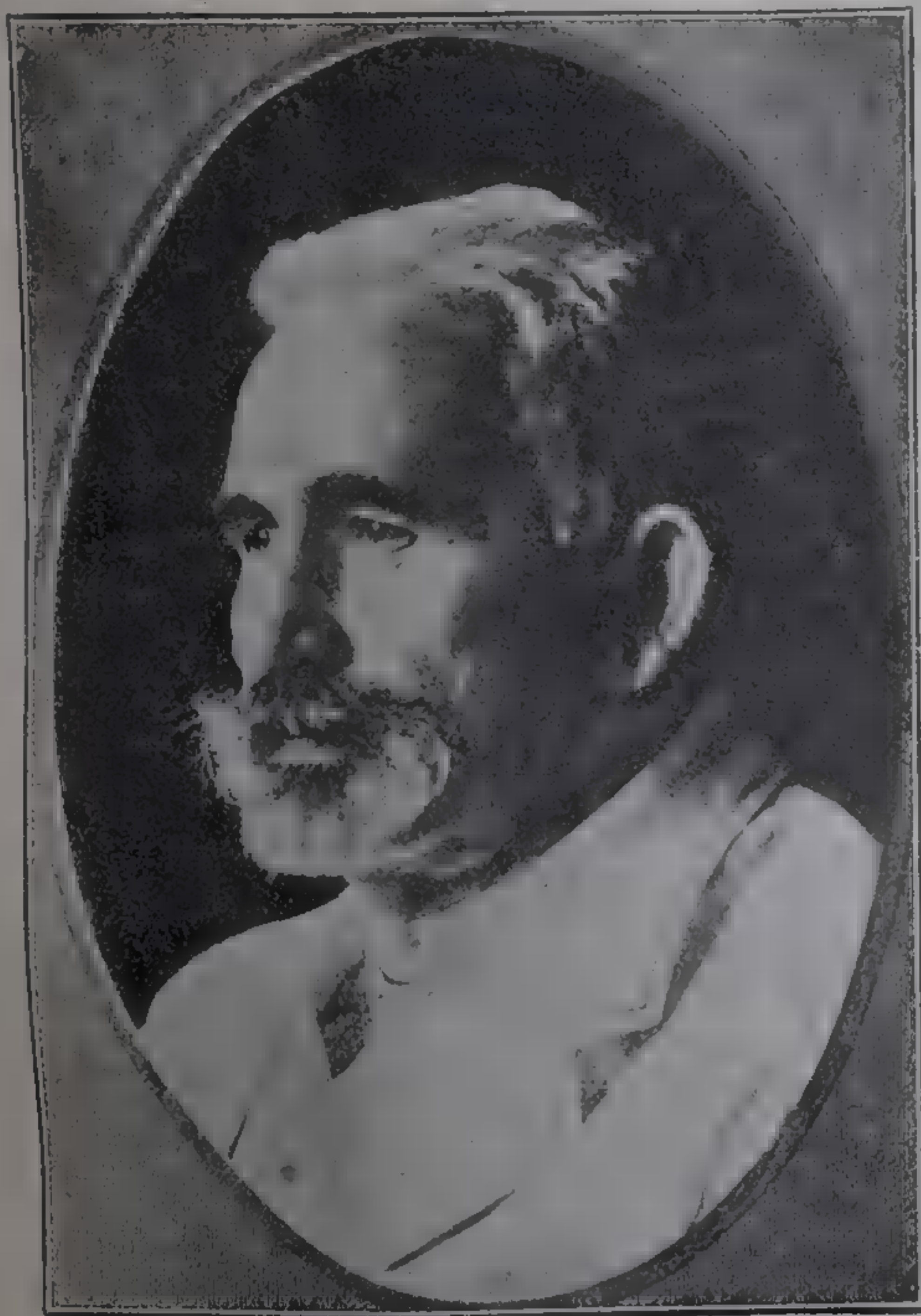


Рис. 4. Э. Крепелин (1856—1927).

стей знания. В прежние времена компетенция психиатра простиралась лишь на психически больных ■ тесном смысле этого слова, т. е. на больных, подлежащих содержанию ■ психиатрических больницах. Господствовало, неизжитое еще до сих пор, странное недоразумение, по которому лишь психика душевно-больного подлежала исследованию врача-психиатра, если же изучалась психика здорового, то, во всяком случае, это изучение производилось не врачами, а психологами. Такое положение вещей тем более странно, что по отношению к соматическому изучению человека всегда признавали, что только врач-

биолог может исследовать и здоровых и больных; никому никогда и в голову бы не пришло отрицать компетенцию врача в исследовании соматических свойств здорового человека, так как только изучение болезненных отклонений позволяет определить нормальное состояние организма и его вариации. Отсутствие резких границ между болезненными состояниями и нормой, наличие переходных пограничных состояний между здоровьем и болезнью, как в соматической, так и психической сфере, установление биологической обусловленности психических явлений и отсутствие

В этом смысле принципиальной разницы между психикой и соматикой — все эти факты, сблизившие психиатрию с остальной медициной, в то же время создали, наконец, положение, при котором стала ясна необходимость исследования здоровой, пограничной и больной психики врачом-психиатром, вооруженным биологическими методами исследования.

Компетенция психиатрического исследования распространилась таким образом на значительно более обширную область, далеко не ограниченную больничной психиатрической деятельностью; чрезвычайно расширилась роль психиатра в школе, в суде, при профессиональном отборе, профессиональной ориентации и т. д. Выяснилось, что наряду с общей профилактикой, до сих пор заботившейся лишь о предупреждении соматических заболеваний, важное место в деле борьбы за народное здоровье должна занять психо-профилактика, наряду с общей гигиеной — психогигиена.

Так, в течение последних десятилетий из узкой специальности, весьма ограниченного значения, специальности, оторванной от остальной медицины, — психиатрия превратилась в биологическую науку, важную отрасль медицины, исследующую сложнейшие функции человеческого организма и приобретающую все более важное значение и с социальной точки зрения.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ.

Изучению психических уклонений необходимо предпослать определение понятия о норме. Дать такое определение весьма затруднительно, так как данное понятие является относительным: ■ природе нет резких границ и имеются незаметные переходы от состояния нормы (здоровья) к состояниям ненормальным, болезненным; это одинаково касается как соматической, так и психической нормы. Некоторые понимают норму, как „среднюю“: норма получается при вычислении средней из большого числа случаев. Такое статистическое понимание нормы лишает однако термин конкретного содержания, сводя его к абстрактной математической точке, вне которой фактически оказываются все встречающиеся в жизни вариации. По другому определению норма идентифицируется не со средней, а с тем, что является обычным, наиболее часто встречающимся: норма — это область средних, наиболее частых вариаций, за пределами которой находятся лишь редкие вариации в ту или иную сторону. В сущности и здесь мы имеем статистический принцип — частоту; однако наиболее частое явление не всегда может совпадать с нормальным; притом, если принять во внимание, что вариации представляют непрерывные ряды, то окажется, что принцип частоты, не дающий критерия для определения границ, совершенно беспомощен в смысле установления пределов вариаций нормальных и ненормальных: нет никаких признаков для отграничения частых (следовательно, нормальных) от редких (ненормальных) вариаций, иными словами, неясно, какое число наблюдаемых вариаций ограничивает пределы нормы. Итак, количественное статистическое определение нормы приходится отвергнуть. Норма есть понятие качественное, и наиболее правильно ее определение, как такого состояния организма, при котором он является приспособленным для выполнения своих функций; нормальный организм ориентируется в физической и социальной среде таким образом, что обеспечивается возможность самосохранения и развития индивидуума и сохранение вида или расы, как единицы высшего порядка; за пределы нормы попадают таким образом такие вариации, свойства которых препятствуют приспособлению

организма к среде и целесообразному его функционированию. Следовательно, в самом определении нормы уже заключается принцип, на основании которого нормальное отграничивается от ненормального, ■ если все же границы нормы не могут быть проведены с резкой определенностью, то таков уже порядок вещей, это зависит от того, что между состояниями нормы и болезни существуют переходы — в виде так наз. пограничных состояний, когда субъект в некоторых отношениях, вследствие частичных отклонений, с трудом приспосабливается к среде. Уклонения от нормы теоретически могут быть в сторону плюса ■ минуса; однако то, что выше нормы, как явление неболезненное ■ не наносящее ущерба ни индивидууму, ни виду, не должно практически считаться ненормальным. Таким образом, область ненормального следует видеть преимущественно за низшими границами нормы — там, где начинается физическая и психическая недостаточность, переходящая в болезненные состояния.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

ЭТИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Вопрос об этиологии психических болезней является одним из наиболее сложных. Мы следуем общепринятому делению этиологических факторов на экзо- и эндогенные, из чисто дидактических соображений, подчеркивая, что деление это в значительной мере условное. Жизнь есть непрерывное взаимодействие между организмом и средой и выделить в клинической картине сочетающиеся рядом экзо- и эндогенные факторы не легко. Мало того: само отнесение факторов к экзо- и эндогенным далеко не всегда возможно. Так, напр. аутоинтоксикации, вызванные дисфункцией желез внутренней секреции, могут быть связаны с чисто экзогенными моментами (напр. травмы, влияние температуры и т. д.). Далее, экзогенный фактор может превратиться в эндогенный. Возьмем для примера заболевание сифилисом, которое может внести изменения в конституцию больного, создав приобретенное предрасположение ко всякого рода заболеваниям. Значение этиологического фактора зависит не только от его характера, но ■ от той почвы, на которую он падает, от так наз. конституции, т. е. соматопсихических особенностей субъекта, обусловленных личным предрасположением и условиями среды. Для функциональных психозов (психопатии и т. д.) конституция и этиология совпадают; конституция почти целиком определяет самое психическое заболевание. Вполне несомненно влияние конституции при маниакально-депрессивном психозе и шизофрении. Менее четко определяет картину болезни конституция при так наз. органических психозах. Но и здесь, если возьмем, напр., прогрессивный паралич, где экзогенный фактор как бы нивелирует личность больного, в картине болезни удастся уловить связь с конституцией, с препсихотической личностью. Значительное влияние имеет конституция при инфекционных заболеваниях, артериосклерозе, старческих психозах. Еще более определенно сказывается влияние конституции при интоксикациях. Указанное взаимодействие между отдель-

ными, одновременно действующими этиологическими факторами очень осложнило, но и углубило психиатрическое исследование, выдвинув учение о многомерной диагностике" [Кречмер (Kretschmer)] определяющее зависимость болезни от нескольких факторов.

Все известные этиологические факторы мы, в отличие от существующих делений, позволяем себе здесь разбить согласно нижеследующей схеме:

I. ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ (этиологические ■ собственном смысле).

1) Экзогенные факторы:

А. Соматические факторы: 1) инфекции, 2) интоксикации, 3) нарушения целостности мозга, 4) истощения.

Б. Психические факторы: психические травмы ■ др.

2) Эндогенные факторы:

А) Аутоинтоксикации, болезни внутренних органов

Б) Наследственность, повреждения зачатка и плода

} т. н. личное
пред-
располо-
жение.

II. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

1) Общее предрасположение.

2) Влияние среды.

Для устранения недоразумений мы считаем уместным подчеркнуть, что деление на соматические и психические факторы имеет лишь чисто дидактическое значение и ни в какой мере не указывает на раздельное самостоятельное существование этих факторов. В конечном счете, и психические факторы имеют свои соматобиологические корреляты.

I. ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ.

1) Экзогенные факторы. Из *соматических* факторов очень большое место по своему теоретическому и практическому значению занимают *инфекции*. Общепринятое в медицине деление инфекций на острые и хронические имеет свое значение ■ ■ психиатрии, так как эти две категории инфекций различно влияют на функции мозга, как и всего организма. Острые инфекции с их бурными явлениями сразу вносят резкие изменения в организм в виде накопления токсинов, образования антител, повышения температуры, изменения состава крови и более или менее сильного нарушения обмена веществ и всех биохимических процессов. Такие пертурбации в организме не могут не отражаться и на нервной системе;

в результате мы наблюдаем при всех сколько-нибудь тяжелых острых инфекциях психические расстройства на высоте болезни; эти расстройства в большинстве случаев эпизодические, кратковременные и прекращаются вместе с улучшением общего соматического состояния (инфекционный, лихорадочный бред); однако, помимо таких доброкачественных психозов, которые, как известно, бывают у всякого (здорового до инфекции) человека, ■ некоторых случаях могут наблюдаться разрушения нервной системы инфекционным началом (энцефалиты, менингиты, абсцессы), ■ результате чего остаются стойкие дефекты вещества мозга ■ соответствующие очаговые симптомы. Помимо указанных расстройств, развивающихся одновременно с инфекцией, могут быть и последующие изменения психики, которые появляются после окончания острого инфекционного заболевания и являются реакцией нервной системы на истощение, на изменения внутренней экономики организма, связанные с прошедшей болезнью; и эти психозы (послеинфекционное состояние психической слабости, аменция и пр.) излечиваются вместе с улучшением общего состояния. Наконец, в ряде случаев у лиц предрасположенных инфекция, ослабляя организм, может явиться поводом для развития психоза, связанного с иной этиологией (напр., приступа шизофрении после перенесенного сыпного тифа) — здесь инфекция представляется не основным этиологическим моментом, а лишь ускоряющим, провоцирующим заболевание. Хронические и подострые инфекции, медленно подтачивая силы организма, не вызывая бурных явлений, повышения температуры ■ пр., в большинстве случаев лишь тогда вызывают психические расстройства, когда развивается непосредственное поражение мозгового вещества; такие психозы имеют медленное, но прогрессивное течение и дают обычно в конечном счете психическую деградацию (сифилис мозга, прогрессивный паралич и т. п.). При отсутствии мозговых поражений — хронические инфекции, истощая организм и изменяя его химизм, влекут за собою лишь некоторые изменения характера.

Большую роль в этиологии психических болезней играют *интоксикации*. Взаимоотношения между отравлением и расстройством психики очень сложны. Картина психического расстройства определяется не только характером яда, но в значительной мере конституцией больного. Этим объясняется общеизвестный факт, что одни могут долго принимать яд, причем изменений в психике у них не наблюдается, а у других такого рода изменения отмечаются очень скоро. Психические расстройства в связи с хроническими интоксикациями нельзя объяснить одним кумулятивным

действием данного яда. На это имеется ряд доказательств, напр., возникновение белой горячки после того, как больной перестал пить, или же тот факт, что выздоровевший от белой горячки не заболевает тут же вновь, если он опять начинает пить. Указанное обстоятельство, а также то, что разные яды дают сходную картину психических расстройств (по типу так наз. экзогенных психических реакций, см. стр. 153, заставили Бонгефера (Bonhoeffer) высказать предположение, что яды, помимо прямого действия на мозг, влияют еще через посредство „этиологических промежуточных звеньев“. О природе этих звеньев мы знаем пока очень мало; в отношении алкоголизма мы связываем их с заболеваниями сосудистой системы.

К экзогенным этиологическим факторам относятся *нарушения целостности мозга*, т. е. травмы, контузии, опухоли мозга и т. д. Специфических изменений психики для каждого из этих процессов мы не знаем, можно выделить лишь ряд характерных синдромов: очаговые расстройства (афазия, агнозия, апраксия), явления торможения (оглушенность, расстройство сознания и пр.), явления возбуждения (беспокойство, бессонница, делириантное состояние), изменения характера (раздражительность и пр.) и т. д.

Известное значение имеют факторы *истощения и переутомления*. Влияние этих факторов на развитие психических болезней неспециалистами часто неверно понимается; даже такое заболевание, как прогрессивный паралич, ставят нередко в прямую связь с переутомлением. Между тем, прямое этиологическое значение этих факторов значительно уже — ими вызываются лишь так наз. реактивные психозы. Этому, между прочим, учит нас опыт войны, революции и пр. Фактор истощения связывают с накоплением вредных веществ в организме, так наз. кенотоксинов, т. е. токсинов утомления по Вейхарту (Weichardt). Особенно вредное влияние имеет здесь момент бессонницы. Уже после 6-часового дефицита сна число правильно решенных экспериментально-психологических задач уменьшается на 60% (Крепелин). В картину нервно-психического утомления входят: скачка идей или же, наоборот, застревание на отдельных идеях; мышление, внимание, память понижены; повышенная раздражительность; депрессивное, а иногда немотивированно повышенное настроение. Наблюдающиеся в незначительном проценте случаев психические расстройства протекают по типу так наз. экзогенных реакций. Отдельные авторы говорят о специальных „психозах от истощения“. К факторам переутомления относятся половые излишества, мастурбация и пр.

К экзогенным факторам принадлежат и так наз. *психические*

факторы, которым придавали раньше преувеличенное значение в происхождении психических расстройств. Успехи анатомии, физиологии, а также столь богатый опыт в отношении психических травм во время войны, революции значительно сузили его значение. В частности, напр. в отношении травм, наша психика оказалась пожалуй, более стойкой, чем соматика. Часть психиатров была склонна совсем отрицать этиологическое значение психогенных факторов, оставив за ними большую роль в качестве провоцирующих моментов (напр., несчастная любовь не вызывает шизофрению, может ее лишь спровоцировать). Однако несомненно имеется ряд заболеваний, в развитии которых психогенный фактор играет доминирующую роль (тюремные психозы, психозы от истощения и пр.). Наибольшее значение имеют психические травмы, связанные с так наз. отрицательными аффектами (неприятности, волнения и т. д.); меньшее влияние имеют аффекты радости и др. Сильно травматизируют психику чувство ответственности, длительные заботы, разочарования. Важно знать, что психические травмы могут сохранить свое патогенное влияние, когда они исчезли из сознания, перейдя, по Фрейд (Freud), в область подсознания. Одно из наиболее изученных психогенных заболеваний — это тюремные психозы. На примере этих психозов прекрасно видно, до чего условно деление этиологических факторов. Частое появление психоза объясняется помимо травмы высоким процентом патологической конституции у заключенных в тюрьме, негигиеническими условиями жизни и др. Психогенное развитие имеют также так наз. военные, революционные психозы, психозы при катастрофах (землетрясения и др.). Сюда же относятся и так называемые психические инфекции, очень распространенные в средние века, где больше было почвы для их развития: религиозные предрасудки и пр.

2) **Эндогенные факторы.** К эндогенным факторам относятся явления *аутоинтоксикации* и *болезни внутренних органов*. Точнее говоря, они занимают промежуточное место между экзогенными и эндогенными факторами: отдельные органы являются эндогенными по отношению ко всему организму, но экзогенными по отношению к мозгу (экзоцеребральными). Следует иметь в виду, что не всякое психическое расстройство, связанное с болезнями тех или иных органов, находится с ними в патогенетической связи. Здесь могут быть разные взаимоотношения: а) общая причина вызвала и соматические и психические расстройства (напр., алкоголь вызвал полиневрит и Корсаковский синдром), б) соматиче-

ское расстройство является следствием психического (запоры при депрессии), в) соматическое и психическое расстройства независимы друг от друга, г) психическое расстройство вызвано соматическим. Нас здесь преимущественно интересует случаи последней категории. Психические расстройства наблюдаются при заболеваниях обмена веществ (подагра, диабет), пищеварительного тракта (копростаз и пр.), почек (уремия), сердца, сосудистой системы (артериосклероз), легких (туберкулез), нервной системы (множественный склероз, прогрессивная мышечная атрофия, спинная сухотка и др.). Говоря о действии соматических болезней, надо различать непосредственное (интоксикационное) действие от косвенного вследствие изменений условий жизни (сужение интересов, эгоцентризм, „санаторное слабоумие“). Незначительные психические изменения (падение работоспособности, утомление и т. д.) дают почти все соматические заболевания. Все психотические расстройства в результате непосредственного влияния соматической болезни носят название симптоматических психозов. Они рассматриваются как реакции на соматические болезни, как „экзогенный тип реакции“ (подробно в специальной части). Интересно, что соматические болезни могут иметь и благоприятное влияние на состояние психоза (напр., тиф может дать хорошую ремиссию при кататонии). Особенное внимание уделено в психиатрии аутоинтоксикации, связанной преимущественно с дисфункцией желез внутренней секреции. Была даже попытка, пользуясь реакцией Абдергальдена (Abderhalden), построить новую классификацию психозов, выделив так наз. дисгландулярные психозы [Фаузер (Fauser)]. Несостоятельность этой реакции [Пляут (Plaut), Серейский и др.] сделала несостоятельными и попытки этого рода. Все же влияние эндокринных желез на психику вне всякого сомнения. Об этом свидетельствует между прочим частое появление шизофрении, маниакально-депрессивного психоза в периоде пубертатном, климактерическом, во время беременности, менструаций. У носителей психопатической конституции даже физиологические процессы могут вызвать психопатическую реакцию (напр., изменения настроения при менструации, по Крепелину, являются рудиментами маниакально-депрессивного психоза). Далее говорят об „евнухоидной психике“, „пубертатной психике“ и т. д. (см. эндокринопатии).

К чисто эндогенным этиологическим факторам относится *наследственный фактор*. Краффт-Эбинг полагал, что этиология при психозах более выяснена, чем при других заболеваниях. Это объясняется тем, что в то время почти все психические болезни

связывали патогенетически с наследственным отягощением. Новое учение о наследственности перевернуло упрощенные представления о роли ее при психических болезнях. Поворотным пунктом надо считать классические работы Дима и Коллер (Diet, Koller). Еще в 1883 г. Крепелин указывал, что данные общего отягощения у больных необходимо сопоставлять с такими же данными у здоровых. Одним из самых больших сюрпризов ■ работах Дима и Коллер было то, что цифры общего отягощения для психически здоровых и больных оказались почти одинаковыми (78,2% для психически больных, 66,9% для здоровых). Ясно, что суммарное указание на общее отягощение ничего не в состоянии разъяснить. Гораздо резче выявляются особенности психически больных при изучении прямого отягощения, т. е. отягощения от родителей, ■ если при этом брать ■ учет не только психические болезни, но и аномалии характера. Еще сложнее, но зато углубленнее стало исследование, когда сделали попытку применить ■ психически больным законы Менделя (Mendel).

Индивидуум, в том виде, как мы его наблюдаем (*фенотип*), представляется сложным продуктом 1. свойств, которые он получил по наследству через зародышевую плазму (*идиотип*); 2. свойств приобретенных (*паратип*). И идиотип и паратип не неизменны: влияния изменяющие идиотип, называются *идиокинетическими факторами* а те изменения, которые получает ■ результате идиотип, называются *идиовариациями* или *мутациями*. Факторы, действующие на паратип, называются *паракинетическими* и результат их действия дает *паравариации* или *модификации*. Идиотипические свойства имеют корни в наследственной массе (идиоплазме), передающейся из поколения ■ поколение путем идиофории, т. е. сохранения основных особенностей данного вида, поэтому они обладают стойкостью и малой изменчивостью; идиокинетические влияния, правда, как сказано, могут изменять эти свойства, но медленно и нерезко; при этом получающиеся идиовариации или укрепляются, если они полезны, или уничтожаются путем естественного подбора. Напротив, паратипические свойства, не имеющие корней в наследственности, нестойки, лабильны и паравариации (модификации) исчезают вместе с индивидуумами, у которых они развелись, не передаваясь, по крайней мере в большинстве случаев, дальше по наследству. Паратипические свойства могут развиваться еще во время внутриутробной жизни индивидуума, ■ тогда они являются врожденными. Согласно законам наследственности, идиотипические свойства родителей передаются потомству, причем эти свойства могут быть ■ латентном состоянии у непосредственных производителей. Всякое свойство организма имеет, по Менделю, основную пару (или несколько пар) факторов predispositions, — *ген* (от отца и от матери), заключающихся ■ хромосомах. Если оба фактора одинаковы (*гомозиготы*), то происходит простая передача данного свойства, — так сказать, ■ чистом виде, если же факторы разные (*гетерозиготы*). то у потомства может получиться или смешанный признак, или же один фактор (*доминантный*) получает преобладание над другим (*рецессивным*); в последнем случае, хотя потомок получает данный признак от одного производителя, но обладает в то же время и рецессивным фактором в латентном состоянии, что может отразиться на дальнейшем потомстве, т. к. даже рецессивные факторы (латентные у родителей), если соединятся в пару (гомо-

зиготы) дают соответствующие признаки,—конечно, реже, чем доминантные свойства, которые формируются и гомозиготно (из пары доминантных ген) и гетерозиготно (из доминантного и рецессивного факторов). Законы наследственной передачи у человека чрезвычайно сложны и далеко еще не вполне изучены; частности, различные формы болезненного predispositiona при психозах зависят от передачи нескольких факторов. Так, шизофрения повидимому зависит от наследования двух рецессивных признаков, причем передача одного признака дает лишь шизоидную конституцию, и требуется одновременная передача второго признака для развития шизофренического процесса; эпилепсия также зависит от передачи нескольких рецессивных признаков; маниакально-депрессивный психоз связан с передачей одного доминантного и нескольких рецессивных признаков. Понятно поэтому, что, например, при шизофрении, у больных родителей могут родиться здоровые дети и наоборот у здоровых родителей (с латентными рецессивными факторами)—больные дети. Только подробные генетические исследования дают возможность выяснения этих сложных отношений. Положение дела осложняется еще тем, что выявление болезненных признаков зависит также от паратипических (констеллативных) моментов.

Вопрос о том, могут ли передаваться по наследству и приобретенные свойства родителей, чрезвычайно сложен; значительная часть специалистов, вслед за Вейсманом (Weissmann), в настоящее время разрешают его в отрицательном смысле. Они считают, что приобретенные признаки не в состоянии изменить заключающейся в половых клетках данного субъекта наследственной плазмы, которая, следовательно, совершенно независима от этих приобретенных свойств и передает по наследству лишь те свойства, которые в ней, идиоплазме, заключаются. При всей категоричности и авторитетности этих утверждений, в настоящее время все чаще раздаются голоса, опирающиеся притом на экспериментальный материал, которые утверждают, что приобретенные свойства, хотя бы и в слабой степени и не всегда, но могут передаваться по наследству. Опыты, касающиеся передачи приобретенных свойств, не всегда удаются, что дает возможность противникам наследственной передачи приобретенных признаков считать опыты недоказательными, но здесь имеют значение именно удавшиеся опыты, так как важно доказать самую возможность наследственной передачи приобретенных признаков, неудавшиеся же опыты, при крайней сложности изучаемых явлений, указывают главным образом на недостаточную стойкость этих приобретенных свойств. По данному вопросу особенно интересно привести мнение Зоммера (Sommer), который следующим образом формулирует свой взгляд на передачу приобретенных свойств: 1. свойства, появившиеся у индивидуума вследствие внешних обстоятельств (вроде, например, изменения печени при шнуровке), не передаются по наследству, 2. свойства же, которые вырабатываются напряженной деятельностью мозговых механизмов, повидимому, могут переходить по наследству, так как мозговые процессы через посредство вегетативных аппаратов могут влиять на функции половых желез, а следовательно и на идиоплазму. Таким образом приобретенное состояние мозга влияет на половые клетки, конечно, в известных физиологических пределах, недостаточно еще ясных в настоящее время.

От наследственности, т. е. передачи потомству свойств предков, необходимо различать повреждение зачатка (зачатие в состоянии опьянения, при туберкулезе, сифилисе, после истощения и т. д.). Влияние ядов в этом направлении не подлежит сомнению, но в какой степени — не совсем еще ясно.

Указанными выше эндогенными факторами определяется так наз. личное предрасположение к заболеваниям, которое складывается из морфологической структуры, соматических особенностей, характера, интеллекта, конституциональных реакций на окружающее. При этом мы имеем либо наследственное предрасположение, либо приобретенное, ■ зависимости от того, каким путем это предрасположение получается.

К факторам наследственности и повреждения зачатка имеет непосредственное отношение т. н. вырождение или дегенерация. Вырождение сказывается ■ психических извращениях, физических аномалиях и уродствах и может явиться выражением патологических особенностей целых семей. К вырождению ведет множественное накапливание патологически-наследственных признаков и экзогенных вредностей. Благоприятным условием для вырождения являются браки между родственниками — носителями патологических конституций, а также браки между патологическими семьями, что ведет к угасанию рода. Впрочем, необходимо иметь в виду, что дегенерации постоянно противодействует биологическая тенденция к регенерации.

II. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ.

Общее предрасположение. К факторам общего предрасположения относятся:

Возраст. Этот фактор не так просто истолковывать, так как каждый возраст, помимо физиологических, имеет и свои социальные особенности. Возраст кладет отпечаток на психические заболевания. Некоторые болезни являются обострением особенностей данного возраста, напр., склонность к патологической лжи связана с повышенной способностью фантазирования у детей. Можно было бы предполагать, что наиболее опасным возрастом является детский, но ввиду большой способности к регенерации это не соответствует положению вещей. Наибольшую опасность представляет возраст 25—35 л., связанный с периодом наибольшей ответственности в жизни. Каждый возраст имеет свои преимущественные формы заболевания: в детском возрасте разные степени умственной отсталости, эпилепсия, хорей; ■ пубертатном возрасте — гебефрения, имеющая внешнее сходство с психическими особенностями переходного возраста, истерия, начало маниакально-депрессивного психоза, связанного с большей эмотивностью этого возраста (наибольшее развитие маниакально-депрессивного психоза относится к возрасту 20—30 лет); к 40 годам — заболевания прогрессивным параличем, параноей, параноидной формой шизофре-

нии, алкогольными психозами; после 50 лет — частые заболевания пресенильным и артериосклеротическим, после 60 лет — сенильными психозами.

Пол. Здесь также переплетаются физиологические и социальные особенности. Впрочем, статистика дает для обоих полов почти одинаковые количества заболеваний (мужчины 53%). Формы заболеваний у женщин зависят от большой эмотивности и генеративных особенностей женского организма. Известны специфические изменения психики и психозы при менструации, беременности, климаксе. Между прочим у мужчин тоже бывает аналогон климакса (так наз. Climax virilis), а по Гавеллок — Эллису (Havellock — Ellis) и сексуальная периодичность. Из отдельных форм у мужчин чаще встречаются алкогольные и сифилитические психозы, эпилепсия, артериосклероз; у женщин — маниакально-депрессивный психоз, истерия, пресенильные и старческие психозы. Шизофрения встречается у обоих полов одинаково часто.

Раса и национальность. Этот фактор так тесно переплетается с социальными моментами, что изолированное выделение его очень затруднительно. Крепелин придает огромное значение сравнительно-психиатрическим исследованиям разных рас, национальностей. Не подлежит сомнению, что так наз. белая раса дает больший процент психической заболеваемости; близки к белой расе японцы. Значительно меньший процент дают индийцы, негры, китайцы, персы, арабы и др. Очень поучительны исследования, касающиеся рас, живущих в аналогичных социальных условиях, напр., евреи и негры Северной Америки. Евреи более предрасположены к психической заболеваемости; негры до раскрепощения давали незначительный процент заболеваемости, после раскрепощения, особенно в более культурной северо-восточной части Америки — значительно больший. Значит, некультурные народы не обладают иммунитетом по отношению к психическим болезням и по мере приближения к условиям жизни культурных народов они дают все больший процент заболеваемости. Это явление названо „психопатологическим показателем современной культуры“ [Штерн (Stern)]. Большой интерес представляет вопрос об отдельных формах психозов у разных рас. Так, прогрессивный паралич редко встречается у турок, персов, африканских негров, у негров Северной Америки. Среди некультурных народов особенно распространена шизофрения (на острове Ява она составляет 77% всех психических заболеваний), но встречается также и маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, истерия. К маниакально-депрессивному психозу особенно склонны скандинавские расы,

к психопатиям ■ истерии — евреи. У разных рас имеются не только разные заболевания, но и разные особенности данных форм. Так, на острове Ява Крепелин не нашел при маниакально-депрессивном психозе депрессивных фаз, идей самоубийства; шизофрения обычно начинается с возбуждения, слуховые галлюцинации, бредовые ■деи редки. У евреев часты атипичные формы маниакально-депрессивного психоза (смешанные состояния, нередко кататонические явления); амавротическая идиотия бывает почти исключительно у евреев. Наконец, имеются специальные заболевания у некультурных народов: „амок“ у малайцев (сумеречное состояние, близкое к эпилепсии), „лата“ — среди малайцев, самоедов, якутов и др. (припадки, связанные со страхом, близкие к истерии).

Влияние среды. К важнейшим предрасполагающим факторам мы относим влияние среды. Вот почему составление социального анамнеза имеет для психиатрии особо важное значение. Чтобы устранить влияние расовых моментов при изучении этого фактора, целесообразнее всего изучать одну и ту же расу в разные периоды ее существования (влияние и рост культуры в недостаточно здоровых условиях) или же разные классы и слои общества одного периода (влияние профессий). Статистика культурных государств показывает, что с 1850 г. количество психически больных в психиатрических заведениях увеличилось ■ 2—3 раза. С уверенностью сказать, что эта цифра целиком свидетельствует о росте количества психически больных, нельзя. Рост поступлений в специальные заведения отчасти может объясняться большей скученностью населения (труднее стало оставлять больного дома), улучшением транспорта (легче доставить больного), более широкими показаниями для помещения в психиатрические заведения, уменьшением предрассудков (раньше считали, что „стыдно“ лечиться в психиатрических учреждениях). Косвенные статистические данные (в частности увеличение с 1820 г. количества самоубийств на 50%, увеличение преступности) говорят также о росте психической заболеваемости. Этот рост связывают с более трудными условиями технически богатой современной культуры, более беспокойной жизнью, большим переутомлением, ведущим между прочим к наркотикам, и т. д., а также с большей заботой о психически больных, что создает условия для выживания малоценных элементов, закрепляющихся впоследствии на следственно. В качестве иллюстрации влияния культуры могут служить следующие данные: у негров в Америке после раскрепощения число заболеваний шизофренией возросло в 5 раз. Современ-

менная культура отражается и на содержании психозов, в частности бреда: раньше больные говорили о превращении в животных, одержимости бесами и пр., теперь материалом для бреда и галлюцинаций стали служить телефон, радио, электричество и т. д.

Что касается влияния профессий, то уже в норме профессии отражаются на психике индивида. Интересный материал дает военная служба (не справляются большей частью слабоумные, эпилептики). С профессиями связаны и так наз. травматические неврозы.

По статистике семейное положение тоже играет некоторую роль — холостые дают больший процент заболеваемости (холостячество, впрочем, само по себе в некоторых случаях бывает результатом неполноценности субъекта). Некоторое значение имеют климат, время года и дня. Летом состояния возбуждения резче, весной и летом число поступлений в больницы больше. В Италии состояния возбуждения чаще, чем у нас. У многих европейцев, переселившихся к тропикам, развивается через некоторое время состояние апатии, сменяющееся иногда резким возбуждением (так наз. *Tropenkoller*). Имеет значение ■ время дня: некоторые болезни хуже протекают утром (напр., эндогенные депрессии), некоторые вечером (*Amentia*, *Delirium*).

СОМАТИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Исследование психических больных должно обязательно сопровождаться исследованием и соматической сферы.

Строение тела. Антропометрические измерения (рост, вес, окружность черепа, длина конечностей ■ пр.) имеют значение в смысле определения соответствия пределам нормы физического развития данного субъекта. Нарушение пропорций отдельных частей тела является важным признаком, в частности характеризующим эндокринные расстройства. При изучении телосложения важно учесть те особенности, которые свойственны ■ нормальным вариациям и заострение которых имеет значение в области патологии. Кречмер приводит в связь определенное строение тела, с душевными заболеваниями, больше того, определенный склад, характер с определенным соматическим типом. Он исходит из двух наиболее распространенных форм психических болезней, из маниакально-депрессивного психоза и шизофрении. По его мнению, между этими психозами и строением тела существует закономерная, коррелятивная зависимость, ■ именно: маниакально-депрессивный психоз сочетается с так наз. пикническим строением тела, шизофрения с лептозомным, атлетическим или диспластическим телосложением.

Каковы же эти типы строения тела? Под *пикническим* телосложением Кречмер понимает тип тела, характеризующийся сильным развитием полостей — головы, груди ■ живота, при нежном строении двигательного аппарата, конечностей и плечевого пояса. Пикники обычно среднего роста, обладают плотной фигурой, склонностью к ожирению, в особенности живота, при чем характерно, что вес их, в зависимости, главным образом, от психических причин, может подвергаться большим колебаниям. Мягкое, широкое лицо розового цвета, короткая массивная шея. Рельеф мышц и костей выражен слабо. Кисти мягкие, короткие,

широкие. Вся фигура бочкообразна. Волосы на голове мягкие, с склонностью к лысине, борода же густая, тело тоже покрыто густой растительностью. Лицо во фронтальном разрезе можно схематически уподобить плоскому пятиугольнику или широкому черепашьему щиту. *Атлетический* тип характеризуется сильным развитием скелета ■ мускулатуры. Широкие плечи, хорошо

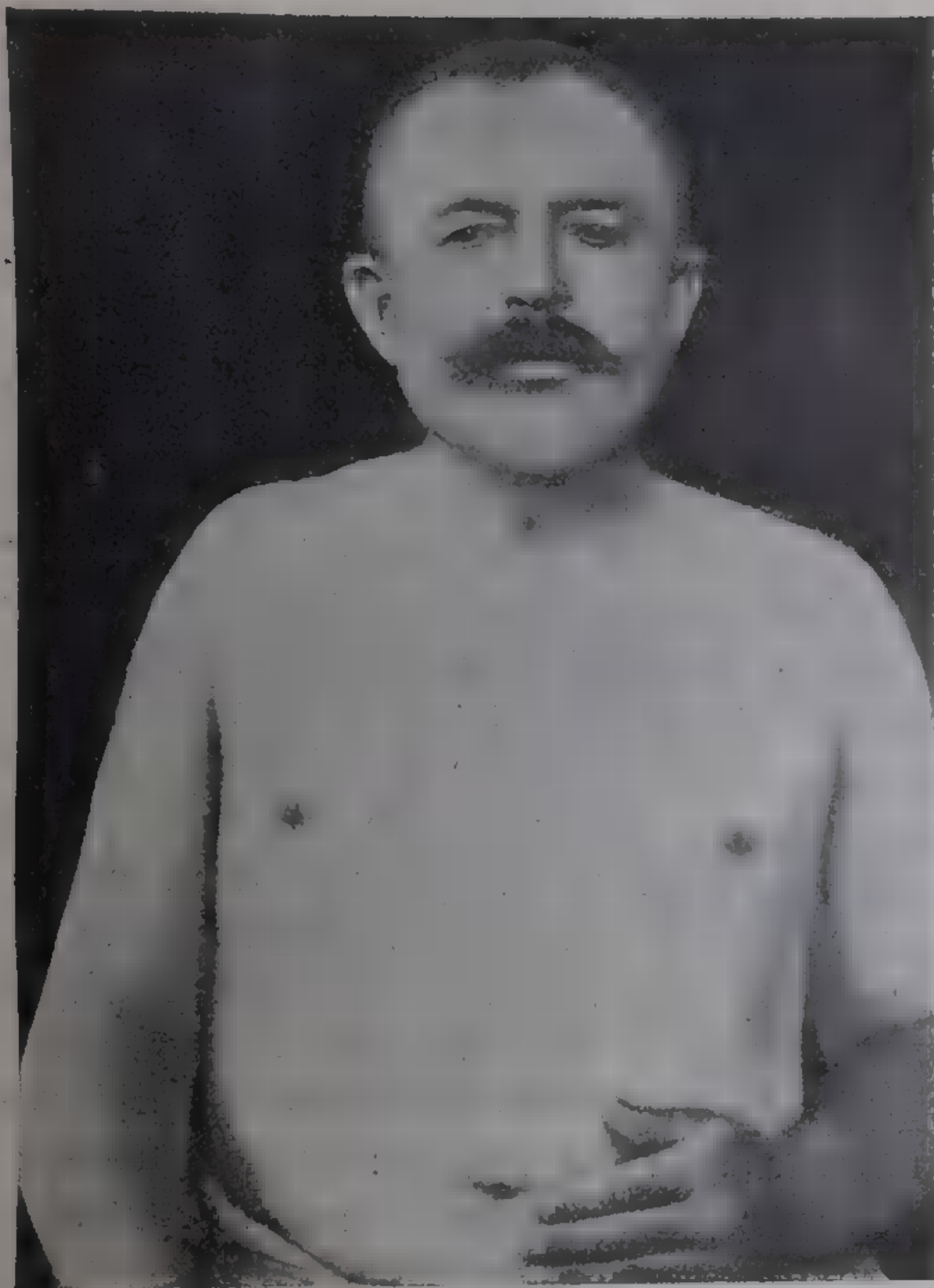


Рис. 5. Пикник (по Кречмеру).

развитая высокая грудная клетка при более узком тазе и длинных нижних конечностях. Крупные кисти и стопы. Развитие жира среднее, кожа плотная; вся фигура трапецеобразная. Рост средний или высокий. Худая высокая голова на длинной шее. Массивная нижняя челюсть. Лицо схематически можно сравнить с овальным яйцом. *Лептозомный* (стройный) или *астенический* (слабый) тип — это люди худые, длинные; цилиндрическое туловище с узкой грудной клеткой и узким плечевым поясом; длинная шея ■ конечности,

тонкие кисти. Скелет, мышцы нежного строения, жировой слой развит плохо, кожа нежная; волосы на голове развиты хорошо, на теле меньше. Голова небольшая, напоминает в разрезе укороченное яйцо. Длинный нос контрастирует с плохо развитым, гипопластическим подбородком. Отсюда название углового профиля или профиля длинного носа *).

*) Гуревич выделяет еще инфантильно-грациальный, характеризующийся детскими пропорциями.

Кроме этих трех основных типов, Кречмер выделяет еще ряд *диспластических* форм, представляющий из себя уже более резкие отклонения от нормы. Сюда относятся: *евнухизм* с недостаточностью функций половых желез, *евнухоидной* диспропорцией скелета (преобладание нижней половины тела, от симфиза вниз, над верхней половиной, *асексуальная* форма таза и пр.); кроме формы, с преобладанием роста в длину (так наз. *евнухоидный гигантизм*), наблюдается еще так наз. *евнухоидное ожирение*; *маскулизм* — черты мужского строения у женщин (длинные конечности, узкий таз, слабое развитие грудей, усы, борода) и *феминизм* — черты женского строения у мужчин (высокий таз, слабая растительность на лице, гинекомастия и т. д.); *гипоплазия* с недоразвитием отдельных частей лица (носа, губ, подбородка), кистей, стоп, таза, туловища.

Помимо уклонений в общем строении тела, следует отмечать наличие аномалий и уродств со стороны отдельных органов. Это так наз. *дегенеративные признаки* или *признаки вырождения*. Сюда относится *микроцефалия*, асимметрия лица, неодинаковая окраска радужных оболочек, опущение век, неравномерность глазных щелей, неправильная форма зрачков, неправильное построение зубов, ушей, заячья губа, волчья пасть, полидактилия, полимастия (лишние грудные железы) и пр. Этим признакам раньше прида-



Рис. 6. Лептозом (собств. набл.).

вали решающее значение как показателям психических аномалий; в настоящее время их значение ограничили. Мы знаем психические болезни без каких-либо признаков вырождения и, наоборот, такого рода признаки без наличия психических отклонений. Однако множественное накопление этих признаков у одного и того же субъекта несомненно указывает на неполноценность, сопровождающуюся обычно и психическими аномалиями. От врожденных аномалий развития следует отличать изменения формы частей тела

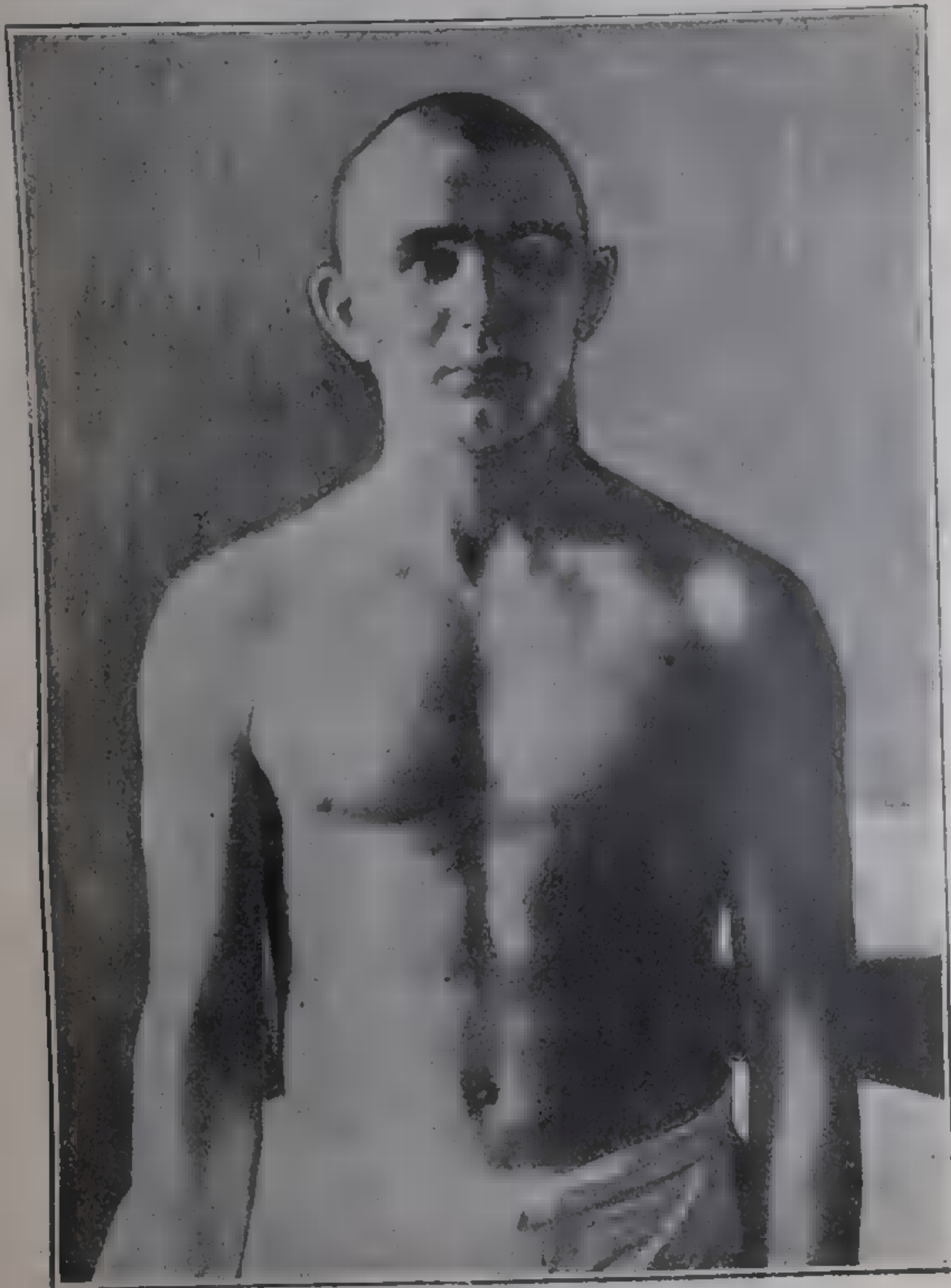


Рис. 7. Атлет (собств. набл.).

в связи с теми или иными патологическими внешними моментами. Сюда относятся травматические поражения, врожденно-сифилитические изменения (седловидный нос и пр.), рахитические изменения, которые иногда резко нарушают строение тела (рахитический нанизм и пр.).

Неврологические расстройства (см. учебники по невропатологии). Здесь мы считаем нужным остановиться вкратце на *вегетативной нервной системе*, изучение коей приобретает все больший

интерес. Как известно, по Эппингеру и Гессу, (Eppinger, Hess) одни субъекты реагируют преимущественно как ваготоники, другие как симпатикотоники. Дальнейшие наблюдения показали, что такое деление не соответствует действительности, что имеется много смешанных ваго-симпатикотонических форм, что фармакодинамические средства (пилокарпин для ваготоников, адреналин для симпатикотоников) действуют далеко не всегда избирательно, раздражая нередко оба вегетативных отдела. Влияние

этих средств на тот или другой орган, напр., на сердце, зависит не только от вегетативных центров, но и от состояния самого органа. Не исключено, что фармакодинамические средства действуют преимущественно на рецепторную часть вегетаториума, т. е. они указывают на состояние возбудимости вегетативной нервной системы, а не на ее тонус, выражающий не только рецепторную, но и эффекторную часть рефлекторной дуги этой системы. Как бы там ни было, если ■ настоящее время ■ придется отказаться от прежнего противопоставления ваготония — симпатикотония, то исследование вегетативной нервной системы ни в какой мере не потеряло своего теоретического ■ практического значения. Ваготонию мы обнаруживаем после впрыскивания 1 куб. см солянокислого пилокарпина (1:100); она характеризуется усилением пота и слюноотделением, покраснением кожи, парадоксальным ускорением пульса (реже — замедлением). В последнее время указывают [Франк (Frank)] на влияние ваготропных средств и на поперечно-полосатую мускулатуру. При впрыскивании 1 куб. см сернокислого атропина (1:1 000), парализующего блуждающий нерв, получается обратный эффект: пониженное пото- и слюноотделение; кроме того, расширение зрачков, начальное замедление, а затем ускорение пульса. Ваготонию можно вызвать и механическим путем: замедление пульса при давлении на art. carotis, причем иногда присоединяются и явления со стороны кишечника (усиление перистальтики) — это симптом Чермака (Tschermak); замедление пульса при давлении на глазные яблоки — симптом Ашнера (Aschner). Для обнаружения симпатикотонии мы пользуемся впрыскиванием 1 куб. см адреналина (1:1 000) и в положительных случаях получаем повышение кровяного давления, сердцебиение (ускорение пульса бывает не всегда), дрожь, головные боли, дурноту, повышение температуры, ускоренное дыхание, дермографизм, лейкоцитоз в крови, сахар в моче и крови, понижение кальция в крови.

Все указанные фармакологические средства вводят под кожу, по 1 куб. см ■ день, в течение трех дней. В связи со спорами о неравномерной резорпции этих средств Даниэлополу (Danielopolu) и др. предложили внутривенное впрыскивание.

Рефлексы: а) Сухожильные. Самое важное значение принадлежит коленным рефлексам. Врожденное отсутствие этих рефлексов встречается очень редко, у 0,1% людей. Несколько чаще наблюдается врожденная слабость этих рефлексов, которые приходится вызывать при помощи особых приемов [Ендраассик (Jendrassik) и др.]. Эти рефлексы после сильного утомления,

истощения могут временно исчезнуть: при беге на приз, после тяжелых эпилептических припадков, у возбужденных кататоников, вследствие токсических причин (агония, лихорадочное заболевание). Длительное исчезновение и ослабление этих рефлексов [так наз. симптом Вестфала — Westphal] является очень серьезным симптомом, который наблюдается при заболевании задних корешков, при сухотке спинного мозга, при токсическом псевдотабесе (алкогольного, дифтерийного, кахектического происхождения), при увеличении внутричерепного давления. Повышение коленных рефлексов может быть либо индивидуально врожденным, либо связанным с возрастом (у совершенно здоровых молодых людей встречается повышение рефлексов, которое впоследствии сглаживается), либо же связаны с психопатией, неврозами, это так наз. невропатические стигмы. Необходимо иметь в виду, что сами по себе эти отклонения не дают основания для диагностики нервно-психических аномалий, а еще меньше для диагностики органического заболевания центральной нервной системы. Различение между органическим и функциональным характером повышения рефлексов может представлять затруднения. За органический характер говорит наличие одновременно и наличие пирамидных симптомов (симптом Бабинского, клонус стопы), контрактур мышц, разницы в силе рефлексов с обеих сторон. Повышение рефлексов мы встречаем при прогрессивном параличе, множественном склерозе, старческом слабоумии, артериосклерозе, хронической уремии, а также при функциональных заболеваниях. Ахиллов рефлекс играет такую же роль, что и коленный. Отсутствие этого рефлекса имеет то же значение, что и симптом Вестфала. Одновременное существование повышения коленных рефлексов и отсутствие ахиллова (что невозможно объяснить одним очагом) указывает на множественность процесса (цереброспинальный сифилис, множественный склероз). Повышение ахиллова рефлекса является одним из самых важных симптомов пирамидных заболеваний. Следует иметь в виду, что клонус как стопы, так и коленной чашечки могут встречаться и при чисто функциональных заболеваниях.

б) Кожные рефлексы. Наибольшее диагностическое значение принадлежит рефлексу Бабинского, Оппенгейма и Россолимо. Отсутствие брюшных рефлексов патогномонично для множественного склероза. Отсутствие рефлексов с кремастера часто бывает при органических заболеваниях, а также при гипогенитализме.

Зрачки. На величину зрачков влияют: свет и темнота, конвергенция, аккомодация и психические моменты. Узкие зрачки

(миоз) мы наблюдаем в норме при резком освещении, при резкой конвергенции зрительных осей, т. е. при сильной аккомодации, при глубоком сне и спокойном наркозе. В качестве постоянного явления миоз встречается в пресенильном ■ сенильном возрасте. Из фармакологических средств к миозу ведет эзерин. Наконец, миоз встречается при хроническом морфинизме, отравлении опиумом, бромом, табаком, при табесе, при кровоизлиянии в области моста. Широкие зрачки (мидриаз) мы находим при слабом освещении, слабой аккомодации, при аффективном возбуждении. Из фармакологических средств к мидриазу ведет скополамин, атропин, кокаин. Мидриаз характерен для паралича глазодвигательного нерва. При исследовании зрачков необходимо иметь в виду, что уже в норме влияние света, конвергенции и психических моментов взаимно переплетаются. Моменты, влияющие на расширение зрачков, могут в такой мере превалировать, что получается ложное впечатление вялой реакции зрачков. ■ обычном состоянии зрачки под влиянием психических моментов находятся в постоянном беспокойстве; отсутствие игры зрачков свидетельствует о расстройстве аффектов и является очень важным симптомом при шизофрении. Вначале обычно исчезает беспокойство, игра зрачков, затем пропадают так наз. психические рефлексы, т. е. изменения зрачков под влиянием психических факторов, и, наконец, исчезает реакция зрачков на болевые раздражения. Кроме шизофрении, этот симптом встречается и при других тяжелых органических поражениях мозга, ведущих к слабоумию (старческое слабоумие, эпилепсия, прогрессивный паралич), но не бывает при функциональных заболеваниях и у здоровых. Неравенство зрачков (анизокория) встречается в норме при неравномерном освещении обоих глаз; у некоторых субъектов оно является врожденной невропатической стигмой. Анизокория нередко предшествует рефлекторной и абсолютной неподвижности зрачков. При анизокории всегда следует ставить вопрос о сифилисе. В части случаев, особенно при сифилисе, мы имеем деформацию зрачков: удлиненные, овальные и т. д. Для практической психиатрии наибольшее значение имеет так наз. рефлекторная неподвижность зрачков, т. е. отсутствие или вялость реакции зрачков на свет, при сохранении реакции на конвергенцию, это так наз. симптом Аржилль — Робертсона (Argyll—Robertson). Этот симптом чрезвычайно характерен для прогрессивного паралича и табеса, менее характерен для других органических страданий центральной нервной системы. В качестве преходящего симптома его можно наблюдать при сифилисе мозга, хроническом

алкоголизме, старческом и артериосклеротическом слабоумии; впрочем, при более тщательном исследовании, большей частью удается обнаружить недостаточные аккомодационные способности. Если, наряду с отсутствием реакции зрачков на свет, отсутствует и реакция на конвергенцию, то мы говорим об абсолютной неподвижности зрачков, которая проявляется либо изолированно (паралич сфинктера), либо одновременно с параличом аккомодации (*Ophthalmoplegia interna*). Этот симптом имеет меньшее практическое значение, бывает при сифилисе мозга, старческих заболеваниях, реже при прогрессивном параличе; в качестве преходящего симптома — при кататонии, эпидемическом энцефалите. Рефлекторная и абсолютная неподвижность и вялость зрачков встречаются в 60—70% случаев прогрессивного паралича уже в начале заболевания.

Других неврологических симптомов, как афазия, расстройства артикуляции, почерка, апраксия и пр., мы не касаемся, как известных из курса невропатологии.

Расстройства двигательных функций. Двигательные функции, как известно, находятся в зависимости как от соответствующих нервных центров, так и от периферического аппарата (скелет, суставы, связки, мускулы). Конечно, наибольшее значение в психопатологии имеют изменения центрального нервного моторного аппарата; при этом следует различать следующие виды расстройств и вариаций двигательных функций.

1) Изменения функций, связанные с *грубыми очаговыми поражениями* мозга и выражающиеся в параличах, парезах, гиперкинезах, (разного рода хореатические движения, тики, дрожание, атетоз, миоклонии и пр.). Это — расстройства преимущественно изучаемые в невропатологии.

2) Выпадение и изменение отдельных двигательных функций, связанные с расстройствами, зависящими от нарушения *динамических соотношений* отдельных механизмов (гиперфункция одних центров и систем, выключение или расторможение других). Такие изменения в наиболее типичной форме наблюдаются при истерии.

3) Так наз. *кататонические расстройства*, при которых моторные функции нарушаются, несмотря на анатомо-физиологическую сохранность двигательного аппарата, причем эти нарушения тесно связаны с психическими механизмами; с изменением последних меняются или же исчезают и кататонические расстройства. К кататоническим расстройствам относятся: негативизм — сопротивление всяким внешним воздействиям, в основе которого лежит упорное отграничивание субъекта от внешнего мира, стереотипии, выражающиеся в стремлении к сохранению и повторению одина-

ковых поз, движений и пр., мутизм — упорное длительное молчание, каталепсия — сохранение частей тела в приданном извне положении неопределенно долгое время.

4) *Двигательная недостаточность*. На общую двигательную недостаточность, не поддающуюся обычным методам неврологического исследования, обращено внимание лишь в последнее время; при этом недостаточность обычно бывает неравномерной, связанной с недоразвитием определенных систем. Анализ отдельных форм двигательной недостаточности стал ■ настоящее время возможен в связи с успехами ■ области изучения двигательных механизмов (в особенности экстрапирамидных). В наиболее выраженном виде различные формы двигательной недостаточности проявляются в детском возрасте, вследствие чего они ■ описаны преимущественно у детей; у взрослых особенности, связанные с недоразвитием тех или иных систем, затушевываются вследствие компенсации недостатков другими моторными системами. В настоящее время можно различать следующие формы двигательной недостаточности: а) *Двигательная недостаточность Гомбургера* (Homburger), при которой у детей дошкольного возраста наблюдаются особенности, свойственные раннему детству, что зависит от задержки развития соответствующих механизмов и от недостаточной дифференцировки взаимоотношений между пирамидной и экстрапирамидной системами. Эта форма уже во время второго детства теряет свои характерные черты и, повидимому, переходит в следующую форму — *Дюпре* (Dupré). Форма Гомбургера наблюдается почти исключительно у глубоко отсталых субъектов. б) *Форма Дюпре* (debilité motrice) описана у детей старшего возраста и подростков, наблюдается и у взрослых, характеризуется паратонией (сопротивлением при пассивных движениях вследствие недостаточной денервации), синкинезиями вследствие недостаточной дифференцировки движений, повышением сухожильных и понижением кожных рефлексов, неловкостью волевых движений, симптомом Коллена (Collin) (субъект может долго как бы забывать части своего тела, оставляя их в неудобном положении, — oublie du membre), дефектами речи и походки, энурезис, левшеством, отсутствием ритмичности в движениях; в то же время — сохранность защитных и автоматических движений. Форма Дюпре зависит от недостаточного развития преимущественно пирамидной системы, обычно она наблюдается у отсталых субъектов. в) *Экстрапирамидная недостаточность* [Гомбургер, Якоб (Jacob), Гуревич] характеризуется недоразвитием автоматических ассоциированных

защитных движений, некоторых статических установок, выразительных движений (мимика, жесты) и пр.; наблюдается большей частью у отсталых субъектов. Резче всего эта форма бывает выражена в детском возрасте, затем постепенно сглаживаются двигательные недочеты вследствие их компенсации. г) *Фронтальная недостаточность* (Гуревич) характеризуется резкой подвижностью, видимым богатством движений, их плавностью и даже грациозностью, кажущейся неутомимостью, а главное — недоразвитием способности вырабатывать двигательные формулы, вследствие чего субъект не в состоянии производить целесообразно последовательных и продуктивных движений, не может самостоятельно одеваться, есть и т. п. ■ это несмотря на наличность правильных элементов движения. При этой форме нет пирамидных и экстрапирамидных расстройств, она зависит от поражения фронтальных систем, обеспечивающих правильную последовательность движений, выработку соответствующих двигательных формул и сохранение энграмм. При фронтальной форме часто бывает недоразвитие речи при хорошем понимании чужой речи, иногда же речь достаточно развита, но отличается непоследовательностью, отрывочностью, аграмматизмами. Эта форма наблюдается у детей и взрослых глубоко отсталых, с резким недостатком внимания, повышенным настроением мориоподобного характера (фронтальный симптом). В частности эта форма особенно часто встречается после энцефалитов, у микроцефалов ■ пр. 5) *Конституциональные двигательные особенности*. В пределах нормальных вариаций двигательные функции, как и всякие другие, могут представлять ряд особенностей, связанных с большей или меньшей степенью развития отдельных двигательных систем. При этом приходится считаться с большей или меньшей двигательной одаренностью субъекта в том или ином отношении. Двигательный облик субъекта находится в известном соотношении с его телосложением, характером, причем отдельным типам Кречмера соответствуют определенные двигательные особенности (Гуревич, Озерский и др.). Почерк, походка, мимика, жесты и пр. также связаны с телосложением и характером субъекта ■ имеют соответствующие особенности конституционального происхождения. Последние, конечно, в значительной мере затушевываются профессиональными навыками, бытовыми привычками и пр., что следует иметь в виду при исследовании двигательных функций. Конституциональные двигательные особенности подлежат оценке лишь при учете возрастных и половых вариаций двигательных функций, изучение которых имеет и само по себе большое значение.

Расстройства со стороны внутренних органов (сердце, почки и пр.) имеют определенное значение в симптоматологии многих психических болезней. Не останавливаясь на подробностях изучаемых в патологии внутренних болезней, мы бегло коснемся лишь отдельных моментов.

Вес тела. Измерения веса тела представляют не меньший интерес, чем измерения температуры при соматических заболеваниях. Очень характерно падение веса при маниакально-депрессивном психозе. Практически важно знать, что поднятие веса является хорошим прогностическим признаком, всегда сопровождающим улучшение психического состояния. Такой закономерной связи между состоянием психики и весом мы не наблюдаем при прогрессивном параличе и шизофрении, для которых обычны эндогенно-церебральные колебания в весе, не зависящие от принятия пищи. Очень характерным считается повышение в весе при заболеваниях, связанных с бредовыми идеями меланхолического и ипохондрического характера, где логически надо было бы ожидать падения веса; повышение веса здесь со всей определенностью свидетельствует о понижении активных психических функций, об эмоциональной тупости.

Температура тела. Гипертермия встречается нередко при прогрессивном параличе, в частности при паралитических припадках, при кататонии (так наз. кататоническая лихорадка). Паралитический маразм сопровождается либо нормальной температурой, либо гипертермией. Гипертермия встречается значительно реже при шизофрении, прогрессивном параличе.

Пульс. Определение пульса не имеет того диагностического значения, которое ему приписывали раньше, но очень важно для суждения об отдельных симптомах болезни. Так, состояние страха неизменно сопровождается частым, малым и напряженным пульсом, ускорение пульса мы наблюдаем при депрессивном и маниакальном состоянии, которые разнятся между собой не частотой, а качеством пульса: при депрессивном состоянии повышенный тонус сосудов, периферические сосуды еле заметны, при маниакальном, наоборот, тонус слабее, периферические сосуды хорошо видны. Резкие изменения пульса получаются при шизофрении, причем характерно, что они мало зависят от психического состояния. При ступоре чаще имеется медленный пульс, но наблюдается, впрочем, и ускорение пульса, причем больной не жалуется при этом на сердцебиение.

Кровяное давление. Стойкое повышение кровяного давления мы имеем при артериосклерозе. При функциональных неврозах и

психозах оно может быть временно повышено. Хорошим дифференциально-диагностическим методом служит опыт со счетом (предлагают больному считать от 100 вниз), под влиянием чего при функциональных заболеваниях кровяное давление начинает понижаться. При маниакально-депрессивном психозе кровяное давление повышено как при маниакальной, так и при депрессивной фазе.

Вазомоторные расстройства наблюдаются при конституциональной нервности, истерии, психопатии, травматических невробах и пр.; очень характерны для шизофрении акроцианоз, псевдоотек.

Потоотделение усилено при кататонии, впрочем, иногда и отсутствует. Отделение *сальных* желез усилено при шизофрении, а также при эпидемическом энцефалите (так наз. *сальное лицо*).

Трофические расстройства кожи и костной системы, спонтанные фрактуры и пр. мы наблюдаем чаще всего при прогрессивном параличе.

Изменения в моче. При прогрессивном параличе, кататоническом ступоре, после эпилептического припадка имеется альбуминурия. При кататонии наблюдается анурия; полиурия может зависеть либо от усиленного поглощения жидкости (при маниакально-депрессивном психозе и эпилепсии), либо же от мозговых причин (кататония).

Расстройства менструации. Аменорея чаще всего встречается при шизофрении, в особенности при кататонии, ■ острые периоды; менее часто при прогрессивном параличе ■ при маниакально-депрессивном психозе. Прямой зависимости между тяжестью заболевания и аменореей не наблюдается.

Распределение крови. Под влиянием раздражений у здоровых людей получается падение плетисмографической кривой. Эта реакция отсутствует в 60% случаев шизофрении, особенно при кататоническом ступоре. *Морфология крови, свертываемость* и пр. см. в специальной части.

Биологические реакции в крови. Из серологических исследований самое большое практическое значение имеет реакция Вассермана. Если реакция эта отрицательная, то этим не исключается наличие сифилиса, но с большим вероятием исключается прогрессивный паралич, который почти в 100% случаев дает положительную реакцию. Из других серологических реакций многие психиатры одно время уделяли внимание реакции Абдергальдена, дающей возможность обнаружить дисфункцию желез внутренней секреции и мозга. Несовершенство этой методики привело в настоящее время к полному разочарованию.

Биологические реакции в спинно-мозговой жидкости. Давление спинно-мозговой жидкости повышено (больше 150 мм, в норме от 90—130 мм воды) при прогрессивном параличе, сифилисе мозга, табесе, опухолях, гидроцефалии и во время эпилептического припадка. Положительная реакция Вассермана в спинно-мозговой жидкости считается патогномоничной для сифилиса центральной нервной системы. При так наз. оригинальном методе, т. е. когда пользуются 0,2 жидкости, реакция положительна в 80—90% прогрессивного паралича, 5—10% табеса и в 10% сифилиса мозга. Если брать более высокие концентрации (0,3 до 1) (так наз. *Auswertungsmethode*), то прогрессивный паралич, табес и сифилис мозга дают положительную реакцию, в то время как другие формы сифилиса при этих условиях дают отрицательный результат. Из химических исследований спинно-мозговой жидкости наибольшее практическое значение имеет исследование на белок. Сюда относится реакция Нонне—Апельта (Nonne, Apelt): к 2-м куб. см жидкости прибавляют 2 куб. см серно-кислого аммония; выпадают глобулины. Если после 3 минут появляется опалесценция или муть, то реакция считается положительной; это так наз. фаза I. Эта фаза имеется при прогрессивном параличе, табесе, менингите, при тяжелой форме артериосклероза мозга, реже при множественном склерозе, уремии. Важное значение имеет также определение содержания клеток в жидкости. Под плео- и лимфоцитозом понимается увеличение количества клеток жидкости (в норме 1—5 лимфоцитов в 1 куб. мм, здесь выше 10). Такое увеличение мы наблюдаем при прогрессивном параличе (95% случаев), табесе (90%), сифилисе мозга (100%). Повышенное давление, положительная фаза I и плеоцитоз свидетельствуют об органическом поражении центральной нервной системы; сифилитический же характер этого поражения определяет реакция Вассермана в спинно-мозговой жидкости. Мы приводим здесь серологическую характеристику для прогрессивного паралича, сифилиса мозга и табеса, предложенную Нонне; это так наз. „4 реакции“.

При прогрессивном параличе наблюдается:

- 1) Положительная р. В. в крови (почти в 100%).
- 2) Положительная р. В. в спинно-мозговой жидкости; в 80—90% при оригинальном методе, в 100% при концентрированном методе.
- 3) Положительная фаза I, в 95—100%.
- 4) Лимфоцитоз, в 95%.

При табесе:

- 1) Положительная р. В. в крови, в 60—70% случаев.

2) Положительная р. В. в спинно-мозговой жидкости, в 5—10% при оригинальном методе, почти в 100% при концентрированном.

3) Положительная фаза I, 90 — 95%.

4) Лимфоцитоз, почти в 90%.

При сифилисе мозга:

1) Положительная р. В. в крови, в 80 — 90%.

2) Положительная р. В. в спинно-мозговой жидкости, в 10% при оригинальном методе и почти в 100% при концентрированном.

3) Положительная фаза I, почти в 100%.

4) Лимфоцитоз, тоже почти ■ 100%.

Из серологических реакций на сифилис пользуются еще разными модификациями р. В., реакцией Сакс-Георги, Мейнике, а также реакцией Ланге и пр.

ПСИХИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ.

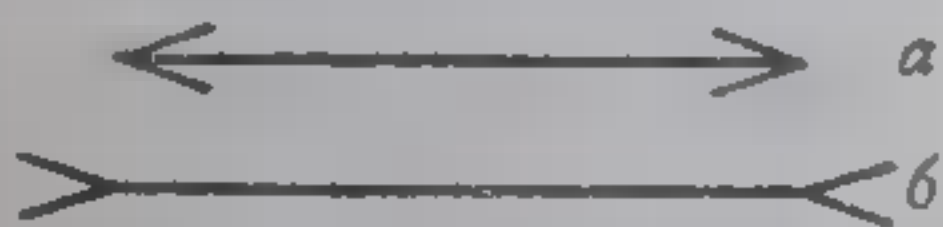
Изменения психических функций могут касаться всех частей **рефлекторной дуги**, которая представляет удобную схему для объяснения механизма как нервных, так и психических функций. В психорефлекторной дуге мы различаем: 1) *центростремительную часть*, в которую входят рецепторы [т. е. периферические окончания так наз. чувственных (или афферентных) нервов], нервы, по которым идут раздражения от внешнего мира, и анализаторы, т. е. мозговые центры, воспринимающие и дифференцирующие внешние раздражения; 2) *центробежную часть*, по которой идут импульсы к исполнительным органам, и 3) *центральную (интермедиарную) часть*, где происходят так наз. интрапсихические процессы (интеллект, память — формальные интрапсихические функции; сюда же относятся мышление, аффективность, — так наз. интрапсихическая активность).

І. РАССТРОЙСТВА РЕЦЕПТОРНЫХ ФУНКЦИЙ.

Рецепторные функции, которые заключаются в восприятии и проведении по центростремительной части внешних раздражений, зависят: 1) от правильной функции рецепторов (органов чувств) и центральных органов (анализаторов), состоящих из ряда трансформаторов (нервные узлы), при посредстве которых энергия, получаемая из внешнего мира, превращается в материал для психических функций восприятия; 2) от состояния сознания. При заболевании периферических аппаратов мы имеем количественное нарушение рецепторных функций (так наз. **расстройства ощущений**), не представляющее большого клинико-психиатрического интереса. Больше значение имеют нарушения функций анализаторов (так наз. **расстройства восприятий**), в особенности, если мы имеем неполное выпадение функций (глухота, слепота), а лишь патологические изменения, ведущие к извращению чувственного опыта, к так наз. **обманам чувств**.

Ясперс (Jaspers) проводит резкую грань между восприятием и представлением. Восприятия характеризуются телесностью (Leibhaftigkeit), объективностью (проекция вовне), не зависят от воли субъекта; представления характеризуются образностью (Bildhaftigkeit), субъективностью (проекция вовнутрь), зависят от воли. Если такое строгое деление существует, то только у психически здоровых. Но и здесь мы знаем исключения. Так, художник Рейнольдс делал до 300 портретов в год, так как он во всех деталях запоминал позирующее лицо и писал его наизусть; Моцарт обладал способностью, один раз просмотрев партитуру, повторить ее наизусть. Здесь представления и восприятия сливаются. Для объяснения такого рода исключений, не укладывающихся в схему Ясперса „представления — восприятия“, необходимо ввести новое понятие — „эйдетическое предрасположение“ [Енш (E. R. Jaensch)], заключающееся в том, что субъект обладает способностью с чувственной ясностью (что характерно для восприятия) произвольно вызывать у себя представления. Это особенно свойственно детскому возрасту.

Обманы чувств. а) У психически здоровых обманы чувств объясняются несовершенством строения органов чувств (напр., близорукость), ослаблением внимания, особым аффективным состоянием, утомляемостью и т. д. Пример оптической иллюзии: палка в воде кажется искривленной, иллюзии, связанной с аффектом страха — пальто на вешалке принимают за вора. Очень поучительны примеры „зрительных иллюзий“ Мюллера — Лийера (Müller — Lyer) при рассмотрении геометрических фигур, которые Вундт (Wundt) назвал „нормальными заблуждениями“:



Речь идет о двух равных отрезках *a* и *b*, причем отрезок *b* кажется нам длиннее, так как глазу приходится проделывать большую работу, следуя за концевыми придатками.

б) У психически больных обманы чувств еще со времен Эскироля (Esquirol) делят на иллюзии и галлюцинации. Под иллюзиями мы понимаем чувственное ясное восприятие, которое опирается на внешний объект, но при этом искажено (напр., тикание часов больной принимает за ругань); галлюцинации¹⁾ (= „ошибка“, „обман“) — это чувственно-ясное восприятие, которое не опирается на внешний объект. Общим для иллюзий и галлюцинаций является чувственная ясность: больные не только думают, что они видят и слышат, но на самом деле видят и слышат (Крепелин). Не всегда легко уяснить себе, имеем ли мы

1) Мы относим галлюцинации к расстройствам восприятий, как это принято в других учебниках, из часто дидактических соображений. Исходя из центробежной теории галлюцинаций (см. ниже), можно было бы против этого выдвинуть ряд возражений.

дело с иллюзиями или галлюцинациями, напр., слуховые галлюцинации, связанные с пульсацией *art. carotis*; эту зависимость от раздражения органа не всегда возможно исключить.

Иллюзии у психически больных ничем не отличаются от таковых у здоровых. Наблюдаются они при состоянии возбуждения у маниакальных, при состоянии страха у депрессивных больных и т. д. Липман (Lipmann) пытается различать „иллюзии чувств“ (*sensorielle*) и „интеллектуальные иллюзии“ (пример: больной принимает медную монету за золотую).

Галлюцинации бывают как при ясном сознании, так ■ при его расстройствах.

При ясном сознании чаще имеют место так наз. псевдогаллюцинации (Кандинский), которые смешивают с галлюцинациями, но которые по существу надо отнести не к восприятиям, а к представлениям, причем представления эти такого рода, что они возникают независимо от воли субъекта и имеют чувственную ясность. Здесь нет полной „телесности“, в этом отношении они сходны с представлениями, но они независимы от воли, а потому ■ с представлениями не идентичны. Псевдогаллюцинации встречаются и у психически здоровых, это так наз. гипнагогические состояния перед засыпанием, при истощении, на войне и т. д.

Характер галлюцинаций элементарно-чувственный, при этом не столь отчетливо сенсорный, как при физиологическом восприятии. Больные часто говорят о видимом, слышимом, добавляя „как будто“, хотя они при этом и настаивают на реальности своих галлюцинаций. Больной видит собаку, но величины, породы указать не может. Это важно иметь в виду для диагностики симптомов галлюцинаций. Галлюцинации отличаются 1) невозможностью их корректировать, почему совершенно бесполезно убеждать ■ нереальности галлюцинаций, 2) тем, что они поглощают внимание больного. По содержанию галлюцинации обычно связаны с внутренним миром больного, хотя это не всегда легко обнаружить. В галлюцинациях, как и во сне, имеется „часть личности“, как говорит Блейлер (Bleuler). Локализуются они в самых разнообразных местах, вне организма, внутри его; иногда в том месте, куда направлено внимание больного, напр., после перитонита больной слышит „голоса, идущие из живота; иногда галлюцинации односторонние, особенно при периферических поражениях. Отношение больного к галлюцинациям разное. Одни больные берут галлюцинации как они есть, даже самые несуразные, другие пытаются объяснить моментами влияния, внушения и т. д.; алкоголики смотрят на галлюцинации как на зрелище, старые шизофреники относятся к ним с полным равнодушием.

Распределение галлюцинаций по отдельным органам чувств. Наибольшее распространение имеют так наз. слуховые галлюцинации. Различают: *элементарные галлюцинации* или так наз. *акоазмы* (шум, треск и т. п.) и *сложные галлюцинации* или *фонемы* (слова, так наз. „голоса“, мелодии и т. д.). Голоса бывают громкие, тихие, воспринимаются непосредственно или как бы через „аппарат“; иногда на одно ухо слышатся „дружеские“ голоса, на другое „враждебные“ — это так наз. *антагонистические галлюцинации*. Существуют так наз. *телеологические галлюцинации* (Блейлер), которые дают хорошие советы, спасают от самоубийства и т. д. Особым влиянием на больных пользуются так наз. *императивные галлюцинации*, которые часто определяют поведение больного. „Голоса“ знают мысли больного; у некоторых больных имеет место „*мышление вслух*“, особенно при чтении: они слышат собственные мысли.

На втором месте по частоте находятся зрительные галлюцинации, большей частью при неполном помрачении сознания. Они не пользуются таким влиянием на больного, как слуховые, так как их легко коррегировать, сравнивая с внешним миром. Очень своеобразны так наз. *экстракампинные галлюцинации* (Блейлер), когда больной видит то, что делается позади него.

Галлюцинации вкуса, обоняния относятся скорее к иллюзиям (пример: скверный запах изо рта связан с отказом от пищи). Галлюцинации осязания также ближе к иллюзиям. Уже у здоровых людей встречается ощущение ■ разных органах, при фиксировании внимания на них мы говорим об ипохондрии. Эти галлюцинации часты при так наз. физическом бреде преследования (раньше со стороны ведьм, сейчас путем электричества и т. п.). Особенно плохим прогнозом отличаются галлюцинации, связанные с влиянием на половые органы, при так наз. сексуальном бреде.

Кинестетические галлюцинации, касающиеся чувства равновесия, обыкновенно связаны с тактильными (впечатление, что валится потолок, что падают из кровати и т. п.).

Галлюцинации при разных психических заболеваниях. Галлюцинации встречаются эпизодически и у психически здоровых, но, следует думать, лишь в связи с резким аффективным состоянием. Так, Гете видел своего двойника после того, как пережил сильное волнение, Лютер бросил чернильницу в дьявола после жестокого спора. Вообще же галлюцинации считаются несомненными и очень серьезными признаками психического расстройства, чаще всего при органических процессах в мозгу. Очень нередко галлюцинации при всякого рода интоксикациях, в первую очередь при алкоголизме (белая горячка): оптические, тактильные, слуховые галлюцинации, часто комбинации всех этих видов. Зрительные галлюцинации отличаются здесь большой чувственной ясностью и фантастичностью

содержания (огонь, трупы и т. д.), особенно характерны мелкие животные. Почти всегда отмечается при этом расстройство ориентировки: больной думает, что находится в пивной и т. д. Иногда галлюцинации легко вызвать внушением. Для галлюцинаторного бреда и галлюцинаторного слабоумия пьяниц более характерны слуховые галлюцинации (угрозы нескольких голосов одновременно и т. д.). При кокаинизме мы имеем гл. обр. галлюцинации зрительного типа, связанные с соответствующими бредовыми идеями: все тело покрыто червячками, больной, спасаясь от них, меняет квартиру, обжигает тело. Нередки здесь и тактильные галлюцинации: ощущение „горошка“ под кожей [так наз. симптом Маньяна (Magnan)].

Галлюцинации при инфекциях отличаются тем, что они менее связаны по содержанию с будничными занятиями больного, их не так легко вызвать внушением; специфических галлюцинаций для определенных инфекций мы не знаем; преобладают зрительные галлюцинации („сноподобные картины“) или же акоазмы.

Из органических психозов особенной чувственной ясностью галлюцинаций отличается эпилепсия: большей частью галлюцинации зрения (насыщенные, яркие цвета), обоняния, галлюцинации устрашающего характера, объясняющие насильственные действия некоторых эпилептиков; галлюцинации религиозно-экстатического содержания; нередко галлюцинации появляются в качестве предвестников припадка, так наз. аура. Очень характерны обманы чувств для шизофрении (слуховые, осязательные), для сифилиса мозга (слуховые). Менее часты галлюцинации при прогрессивном параличе — только в 10% случаев.

Из функциональных психозов особенной яркостью и частотой галлюцинаций (гл. обр. слуховых) отличаются тюремные психозы. При кратковременном пребывании в тюрьме бывают помрачения сознания, близкие к истерии, с зрительными галлюцинациями, псевдогаллюцинациями; при длительном пребывании — гл. обр. слуховые и осязательные галлюцинации (надзиратели говорят о заключенном, бьют его). При истерии — большей частью зрительные галлюцинации, отличающиеся яркостью (видят небо, Христа и т. п.), гипнагогические галлюцинации, устрашающего характера; галлюцинации поверхностны, быстро меняются. При маниакально-депрессивном психозе галлюцинации редки, связаны с основным настроением; так при депрессивном состоянии „голоса“ ругают, делают упреки и т. п.

Условия возникновения обманов чувств могут быть самые разнообразны. Предрасполагающими факторами являются: 1) периферические моменты: состояния раздражения в ухе (сера, воспаление и т. п.), помутнение хрусталика и т. п. Надавливанием на глазное яблоко можно у алкоголика вызвать зрительные галлюцинации; 2) выпадение обычных раздражителей: слепота, глухота, пребывание в тюрьме; иногда, наоборот, наличие раздражителей вызывает обманы чувств. Так, одни больные закрывают уши, чтобы лучше слышать „голоса“, другие, чтобы прогнать эти „голоса“; 3) особое состояние сознания, внимания: пониженное внимание способствует, концентрация внимания противодействует появлению галлюцинаций; впрочем, иногда галлюцинации становятся резче при концентрации внимания; 4) состояние аффектов: аффект страха может вызвать

обманы чувств, но далеко не всегда — иначе при маниакально-депрессивном психозе должны бы встречаться обманы чувств значительно чаще; 5) бредовые идеи; 6) суггестивные влияния: так, напр., у алкоголиков удается вызвать зрительные галлюцинации, предлагая им читать по белому листу; путем внушения удается вызвать „отрицательные галлюцинации“: больной не видит того, что находится в поле его зрения; 7) рефлекторные возбуждения: так наз. рефлекторные галлюцинации, напр., цветной слух (когда акустические восприятия вызывают одновременно и оптические), и 8) непосредственно местное раздражение корковых центров: напр., при сифилисе, артериосклерозе.

Механизм образования обманов чувств. Вопрос этот далеко еще не выяснен. Имеются разнообразные теории. Часть авторов исходит из „бессознательной психической сферы“, выдвигая явно спекулятивные теории. Теории авторов, опирающихся на естественно-научную базу, можно свести к двум:

а) Центростремительная теория, исходящая из поражения периферических органов: напр. галлюцинации при поражении зрительных нервов и т. д., причем они могут с устранением периферических причин (например, после удаления серных пробок) исчезнуть. В качестве возражения можно привести случаи галлюцинаций при полном выпадении периферических органов (слепота, глухота). Кроме того, периферические раздражения постоянны, галлюцинации же встречаются только у определенных больных. Следует поэтому предположить, что периферические раздражения являются лишь стимулом для головного мозга, где и образуются обманы чувств. Это предположение ведет нас ко второй теории.

б) Центробежная теория. Мейнерт (Meunert) считал местом образования обманов чувств подкорковые чувственные центры. Галлюцинации возникают вследствие истощения коры и обусловленного этим возбуждения подкорковых областей. С современной точки зрения указанный антагонизм между корой и подкорковой областью надо считать совершенно необоснованным. Исторически важно, что Мейнерт впервые выдвинул анатомо-физиологическое обоснование происхождения обманов чувств. Последующие теории связывают обманы чувств с возбуждением [по Гольдштейну (Goldstein) с „гиперэстезией“] чувственных центров мозговой коры. Это так наз. кортикальная теория, которую защищает большинство современных авторов. Шроттенбах (Schrottenbach) делает попытку путем измерения времени реакции определить возбуждение чувственных полей у гал-

люцинантов. Время реакции оказывается у них удлинённым не только в период галлюцинирования, но и после исчезновения обманов чувств; удлинение это относится к тем чувственным областям, в которых имеются галлюцинации. Понижение возбудимости для внешних раздражителей и обусловленное этим повышение восприимчивости мозговых центров для соматически-эндогенных раздражений является основным условием происхождений галлюцинации. Ферстер (Förster), изучая эпилепсию, нашел, что при раздражении 19-го поля по Бродману (Brodmann) получают оптические ауры, характера сложных световых обманов чувств; при раздражении 17—18 полей — элементарные обманы чувств.

Методы исследования рецепторных функций. Для суждения о наличии галлюцинаций пользуются: 1) показаниями самого больного, 2) объективными признаками.

Показания больного получают либо при спонтанном рассказе больного, либо же при расспросе. Если имеется подозрение на слуховые галлюцинации, то спрашивают больного, не слышатся ли в его мысли „голоса“, говорят ли „голоса“ громко или тихо, издали или вблизи, ясно или неясно, мужские, женские или детские, знакомые или незнакомые, один голос или разные, меняются ли голоса, воспринимаются ли одним или обоими ушами, где они проецируются, говорят ли с больным или о нем, приятное, неприятное (угрозы, издевательство), безразличное. Если имеются подозрения на зрительные галлюцинации, то исследование ведется аналогичным образом. Задают вопрос: не видит ли больной чего-нибудь особенно странного, не сопровождаются ли „голоса“ видениями, видит ли больной это ясно или неясно, видит ли он предметы или же живые существа, в покое или движении, в натуральную величину или нет, прозрачными, непрозрачными, цветными, бесцветными, видит ли в темноте (темнота иногда способствует развитию галлюцинаций). Галлюцинации обоняния, вкуса, осязания обычно сопровождаются соматическими явлениями в периферических органах чувств. Вопросы: чувствует ли себя больной физически хорошо, не испытывает ли он ощущений на теле и т. п.

Объективные признаки галлюцинаций выражаются в поведении, мимике больного. Больной задает вопросы, отвечает „голосам“ (речевая реакция), присматривается, затыкает уши, покрывает голову, защищаясь от галлюцинаций (моторная реакция). Особенно характерно поведение при белой горячке: больные трут руки, считают деньги, поднимают с пола нитку, что-то ловят руками и т. п. Здесь обычно комбинируются зрительные и тактильные галлюцинации.

Следует иметь в виду, что галлюцинации могут временно исчезать, поэтому необходимо многократное исследование. Иногда можно провоцировать галлюцинацию, при наличии „повышенной готовности к галлюцинированию“. Сюда относятся опыты Липмана, заключающиеся в том, что нажимают на глазные яблоки и спрашивают, видит ли больной свет, лучи, далее, что он видит в правом углу, не видит ли он зверей и т. д.; опыты Ригера — Рейхарта (Rieger — Reichardt), заключающиеся в том, что больному предлагают читать по белому листу, и, наконец, опыты Ашаффенбурга (Aschaffenburg) — больному предлагается выключенная телефонная трубка для беседы. Алкоголикам удастся внушить тактильные галлюцинации: больному зажимают руку в кулак и спрашивают, что положено ему в руку ¹⁾.

1) Мы приводим лишь коротко методы исследования отдельных психических функций, наиболее пригодные для применения в клинической обстановке. Следует отметить, что в настоящее время рефлексологи (Бехтерев, Осипов, Протопопов, Иванов-Смоленский, Лепци др.) предлагают особую объективную методику исследования, которая, однако, не настолько разработана и проверена, чтобы приводить ее в кратком учебнике.

II. РАССТРОЙСТВА ИНТРАПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ.

В интермедиарной части психорефлекторной дуги имеют место так наз. интрапсихические или интеллектуально-мнестические (*μνήμη* — память) функции. Интеллект и память представляют из себя основной материал психики. Интеллектуально-мнестические функции связаны с деятельностью коры головного мозга. Мозговые процессы, ведущие к разрушению коры, например, прогрессивный паралич, очень рано разрушают и интеллектуально-мнестические функции.

1. ИНТЕЛЛЕКТ.

На интеллект (*Intelligenz*) следует смотреть не как на сумму отдельных функций, а как на сложное, интегральное и до известной степени практическое, а не теоретическое понятие. От интеллекта в строгом смысле слова надо отличать (обычно это смешивают): 1) *предпосылки для интеллектуальной деятельности*, без которых невозможно обнаружить функций самого интеллекта. Это — память, внимание, речь, с помощью которой мы пользуемся, в целях экономии мышления, готовыми формулами. Большим шагом вперед в направлении более точного определения понятия „интеллект“ явилось учение об афазии и апраксии, которые Липман выделил как не относящиеся к расстройствам интеллекта, 2) *запас знаний*, зависящий от среды и других условий. Впрочем, косвенно запас знаний может свидетельствовать и об интеллекте в строгом смысле слова. Очень малые знания могут указывать на слабоумие, но не следует смешивать малых знаний с малым интеллектом. Если человека, выросшего вне контакта с людьми, без знаний, поместить в городские условия, то он может произвести впечатление слабоумного, не будучи таковым.

Интеллект в строгом смысле связан с богатством представлений, а также с способностью к суждению, т. е. умением отделить существенное от несущественного, оценить взаимоотно-

шения. Существуют разные типы интеллекта. Одни быстро ориентируются, другие медленно; у одних — теоретический склад интеллекта, у других — практический. По Кречмеру следует различать конкретно-предметные, мечтательно-романтические, абстрактно-систематизирующие типы. Недостаточность интеллекта — слабоумие бывает также разных видов. Различают: 1) врожденное слабоумие (олигофрения); в зависимости от степени слабоумия говорят об идиотии, имбецильности и дебильности: знания ограничиваются здесь преимущественно конкретным, лично пережитым; 2) приобретенное слабоумие. Органические процессы ■ редких случаях разрушают весь интеллект, большей частью только отдельные его функции. Если имеются некоторые запасы механических знаний, то это обстоятельство говорит против тяжелой формы врожденного слабоумия; если имеются только дефекты суждения, то дифференциальная диагностика между врожденным и приобретенным слабоумием может оказаться нелегкой.

Методы исследования интеллекта. Полное представление об интеллекте дает более или менее длительное общение с больным, анамнез его. Об отдельных свойствах интеллекта можно получить представление при помощи специальных методов, при этом нас интересуют здесь знания не сами по себе, а умение ими пользоваться, „не знать, а мочь“. Для детского возраста мы пользуемся рядом вопросов из так наз. тестов по Бинэ — Симону (Binet — Simon) или Россоломо. Для взрослого имеется ряд специальных задач. Сюда относятся вопросы на различение по Вернике (Wernicke): какая разница между ногой и рукой, водой и льдом, ребенком и карликом и т. п.; вопросы на определение: что такое храбрость, ложь и др.; вопросы на обобщение: что такое орел, гусь, утка, вместе взятые; вопросы на комбинаторные способности: задачи на умножение (если больной слабо запоминает, то эти задачи следует давать в письменном виде), задачи на обратный счет (числа, месяцы, дни недели), задачи на обнаружение пропущенных в тексте отдельных слов [по Эббингаузу (Ebbinghaus)], на осмысление: передать смысл картинки. Наконец, можно пользоваться еще так наз. ассоциативным экспериментом: больному дается какое-нибудь слово в качестве раздражителя с просьбой тут же ответить одним словом, которое непосредственно пришло в голову. Ответ не отдельными словами, а целыми предложениями указывает, что испытуемый не понял смысла задачи. При повторении такого рода эксперимента спустя 4 недели слабоумные дают менее 60% новых ассоциативных сочетаний.

2. ПАМЯТЬ.

Каждое психическое переживание оставляет скрытый след в мозгу — так наз. энграмму, наподобие следу на фотографической пластинке. Подобно следу ног в песке энграммы постепенно „бледнеют“, что происходит от того, что они постоянно подлежат переработке. На прочность энграммы влияют разные факторы: 1) повторение переживаний, вызвавших энграмму, 2) ассоциативная установка, т. е. связь, образующаяся между энграммой и наличными в этот момент сочетаниями представлений, 3) аффективная установка, так как состояние аффектов может изменить данные памяти; большое значение имеет степень интереса, какой субъект проявляет в момент образования энграмм, и 4) общее состояние: память лучше функционирует после отдыха (почему педагоги неохотно берут поздние часы занятий).

При изучении памяти целесообразно различать: 1) способность к запоминанию (*Merkfähigkeit*), т. е. способность образовывать новые энграммы, 2) ретенцию, т. е. способность удерживать воспринятое (потенциальные запасы памяти), и 3) репродукцию, т. е. способность воспроизводить, активировать энграмму, мобилизовав запасы памяти, что можно сравнить с проявлением фотографической пластинки.

Раньше выделяли механическую память, которую не следует считать измерителем интеллектуальной ценности (Наполеон обладал такою памятью, Гельмгольц — нет), логическую, связанную больше с логическим мышлением, и аффективную память [Рибо (*Ribot*)], когда воспоминания вызывают определенные аффекты (старик, вспомнив о смерти сестры, имевшей место 25 лет тому назад, заплакал). В настоящее время, в зависимости от того, запоминаем ли мы лучше оптическим, акустическим или моторным путем, говорим о зрительном, слуховом или двигательном типах памяти. Моторный тип, чтобы запомнить мелодию, должен пропеть ее; у так наз. феноменальных счетчиков решения задач получаются оптическим путем. Обычно мы имеем дело со смешанным типом памяти. Высшего развития достигает память к 25 годам, держась на этом уровне приблизительно до 50 лет; до периода половой зрелости девочки обладают лучшей памятью, чем мальчики. Забывание имеет свои законы. Так, закон обратного развития памяти (Рибо) заключается в том, что потеря памяти идет в направлении от настоящего к прошлому, от нового к старому (накопление памяти можно представить себе в виде нарастаний геологических слоев;

при восстановлении памяти восстанавливается раньше старое). Следует иметь в виду, что при репродукции нет точного воспроизведения энграмм; в этом, между прочим, можно убедиться при анализе достоверности так наз. свидетельских показаний.

Биологические основы памяти. Центральная нервная система содержит около 22 тысяч миллионов нервных клеток [Экономо (Economo)], в которых непрерывно происходят „разряды“. Энграммы связаны с молекулярными изменениями нервных клеток. Не следует упрощенно представлять себе, что каждому впечатлению соответствует развитие одного следа в определенных нервных клетках. На самом деле при образовании энграммы происходят сложные комплексные изменения. Так, восприятие „роза“ содержит ряд признаков (форма, величина, запах), вследствие чего соответствующие энграммы и их изменения носят комплексный, сложный характер. Что чувственное впечатление оставляет в клетке отпечаток, определенно доказывается клиническим материалом: напр., при „душевной слепоте“ больные видят, но не узнают, так как у них разрушены определенные участки затылочной доли коры мозга.

Клинические формы расстройств памяти. Мы различаем *количественное и качественное расстройства* памяти. К количественным относятся явления гипер- и гипомнезии. Явления *гипермнезии* получаются нередко за счет других способностей и идут в одном направлении. Классическим примером гипермнезии считается случай Инауди (Inaudi), описанный Шарко (Charcot): пастух, который выучился только в 14 лет грамоте, мог уже к 7 годам умножать наизусть пятизначные числа; впоследствии он производил умножения с 24-значными множителями. Явления гипермнезии встречаются иногда при слабоумии: один имбецил помнил даты погребений всех умерших в течение 35 лет в деревне, где он жил. Встречается гипермнезия в качестве временного явления при лихорадочных состояниях, при маниакальном возбуждении; описан случай, когда 30-летний больной после травмы головы заговорил на языке, на котором он говорил лишь первые годы жизни. Более важное клиническое значение имеет так наз. *гипомнезия*. Это явление свойственно уже физиологической старости, когда понижается способность запоминания, ретенции. Гораздо чаще встречается гипомнезия при патологических условиях. Иногда имеет место выпадение отдельных чисел, потеря способности к счету после травмы головы (по Бехтереву существует отдельный центр для счета); описан случай, когда больной-химик забыл химические формулы. К качественным расстройствам

или так наз. парамнезиям относятся обманы памяти (говорят об иллюзиях и галлюцинациях памяти), всякого вида амнезии (частичное выпадение памяти), конфабуляция (выдумывание на основе ложных воспоминаний). Большой интерес представляют так наз. криптомнезии, когда субъект принимает усвоенный им чужой материал за собственный; на почве этого происходят, между прочим, споры о приоритете.

Касаясь отдельно клинических форм, мы должны отметить, что наиболее резкие расстройства памяти наблюдаются при так наз. корсаковском синдроме. Дефекты памяти заключаются здесь 1) ■ потере способности к запоминанию, 2) так наз. ретроградной амнезии, 3) конфабуляциях. Если под амнезией мы понимаем расстройство памяти, касающееся отграниченного промежутка времени (напр., амнезия после припадка, связанного с расстройством сознания), то при ретроградной амнезии выпадение памяти касается времени до начала заболевания (пример: при травме мозга может исчезнуть память на события до травмы, достигнув иногда недель, месяцев). Что при этих расстройствах нет тяжелых поражений нервной ткани, доказывает возможность восстановления памяти. Дефекты памяти дают широкую почву для конфабуляций, особенно в начале заболевания, причем конфабуляции отличаются большой суггестивностью. В результате дефектов памяти и конфабуляций больной часто дезориентирован во времени, месте. Сходные расстройства памяти мы наблюдаем при старческом слабоумии, где наряду с расстройством способности к запоминанию и конфабуляциями имеются тяжелые расстройства ретенции. При прогрессивном параличе страдает прежде всего репродукция; затруднена репродукция и при эпилепсии, для которой характерны амнезии, связанные с припадком и послеприпадочным состоянием (последние частично объясняются наступающим сном). Расстройство способности к запоминанию при шизофрении надо считать вторичным явлением, вызванным отсутствием интереса, внимания. Для олигофрении характерным является не расстройство способности к запоминанию, а расхождение между „логической“ памятью и „механической“ (последняя может даже быть выше нормы). Кажущееся понижение способности к запоминанию при маниакальном возбуждении объясняется отвлекаемостью, так как больной на самом деле отличается большой наблюдательностью. При психопатиях реже встречаются гипермнезии (больные жалуются, что они все запоминают и что это им мешает), чаще же (впрочем, не так часто, как об этом говорят больные) рас-

стройство способности к запоминанию, которое зависит нередко от невнимания, аффективного состояния, а иногда от больших количеств принимаемых ими наркотиков, особенно брома.

Методы исследования памяти. Для исследования способности к запоминанию имеется несколько способов:

1) Больному предлагают запомнить 4-значное число; менее удобно давать для запоминания имена, которые могут с чем-нибудь ассоциироваться и тем самым влиять на запоминание. Больного надо просить повторить предложенное число, для того чтобы убедиться, что он правильно слышал его. После этого предлагается ряд задач на умножение, а через 3 — 5 минут спрашивают, какое было заданное 4-значное число. Следует иметь в виду, что при некоторых профессиях (бухгалтеры, кассиры и т. п.) этот опыт не целесообразен, так как, несмотря на расстройство способности к запоминанию, больные правильно оперируют цифрами. В некоторых случаях больные не дают ответа не потому, что у них расстроена память, а из-за боязни обнаружить свои умственные недостатки.

2) Предлагают запомнить какую-нибудь дату, затем просят считать от 1 до 20, а потом спрашивают заданную дату.

3) Предлагают запомнить 6—7 цифр, давая их равномерно-ритмично, с равными паузами между цифрами, для чего всего удобнее предлагать известное испытующему число, например, № телефона. Больному предлагают повторить цифры сейчас же, либо через одну минуту, без отвлечения или же с отвлечением. Ответ записывают так: данный ряд цифр (1 6 2 5 4 7) — ответ (1 6 2 5...7) или 16...25...7, где точки указывают паузы при ответах. Если испытуемый повторяет только 3 цифры, то перед нами либо тяжелое органическое расстройство, например, прогрессивный паралич, либо симуляция (или так наз. псевдодеменция). Для симуляции характерно следующее: ошибки делаются на одном и том же месте; часто на предпоследней цифре перед неверными цифрами — пауза; обычно испытуемый повторяет заданные цифры сейчас же, боясь забыть, симулянты же часто делают перед повторением паузу, как бы напрягая свою память.

4) Предлагается повторить содержание короткого рассказа.

Для испытания способности к ретенции пользуются 1) проверкой анамнестических сведений, 2) школьными познаниями, причем здесь надо иметь в виду большие индивидуальные различия, зависящие от трудоспособности в школе и др. причин; положительные результаты имеют значение, отрицательные надо оценивать со всей осторожностью, и 3) практическими сведениями. Для исследо-

вания ретроградной амнезии надо точно расспросить о прошлом до заболевания, а для конфабуляции необходимо сопоставить полученные несколько раз ответы на одни и те же вопросы (понятно, если нет объективных данных). Если этим путем не удастся достигнуть цели, то следует прибегнуть к внушению, напр., спрашивают больного, который видит врача впервые, когда он видел врача первый раз и т. п.; при старческом слабоумии можно, по наблюдениям Ригера, внушить самое нелепое (напр., снег красный), но трудно внушить противное этике (напр., что больной украл),

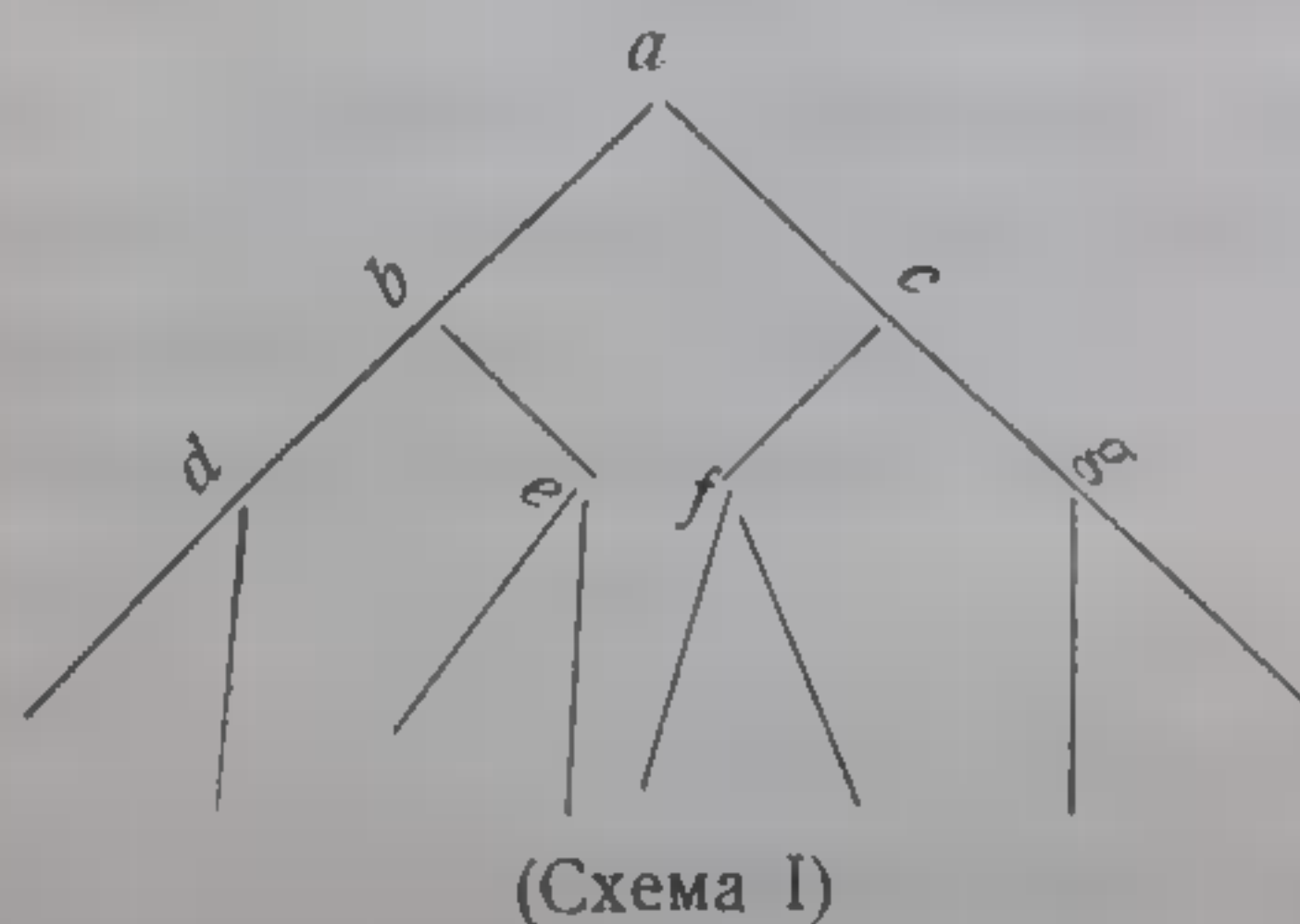
III. РАССТРОЙСТВА ИНТРАПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ.

1. МЫШЛЕНИЕ.

Мышление связано с интрапсихической активностью. Если интрапсихические функции, связанные с интермедиарной частью рефлекторной дуги, обусловлены функциями коры, то интрапсихическая активность, связанная с той же частью дуги, обусловлена, нужно думать, функционированием не только коры, но и подкорковых узлов. Мышление функционально находится в тесной зависимости от состояния интеллекта. Все же эти понятия не совпадают. При ненарушенном интеллекте, как показывает патология, возможны резкие нарушения функций мышления. Особенно ярким примером в этом отношении является эпидемический энцефалит, при котором мы имеем обычно почти полное отсутствие поражения интеллекта и в то же самое время резкие нарушения мышления (вследствие преимущественного поражения интрапсихической активности).

Запасом для мышления являются представления, т. е. образы воспоминаний предыдущих восприятий. Каждое представление вызывает по сочетанию — по типу условных рефлексов — ряд других „ассоциативных“ представлений, которые связаны с ним либо по внешним признакам (так наз. внешние ассоциации), либо по содержанию (так наз. внутренние ассоциации). Сочетание представлений имеет свои законы. Одним из основных законов мышления является сочетание представлений, протекающих одновременно и последовательно, это закон ассоциаций по одновременности. Сосуществование может касаться не только временных, но и пространственных отношений. Пример: запах розы вызывает представление о розе, так как роза и запах существуют одновременно; гром и молния существуют последовательно, потому одно представление вызывает по сочетанию другое. Для психопатологии особый интерес представляют

сюда же относящиеся ассоциации по созвучию (рифмы и т. п.). Второй закон, на котором зиждется мышление в строгом смысле слова, это закон ассоциаций по сходству, т. е. по содержанию, по аналогии (контрасту). Пример: ребенок обжегся о пламя свечи, — с тех пор боится огня. Указанными законами не исчерпывается объяснение процессов мышления. Не всегда представление о дереве вызывает ассоциацию о корнях. Это зависит еще от нашей установки в данный момент (состояния аффектов и др.), а также от цели нашего мышления. Мы говорим о иерархии представлений, соподчиненных цели. Для нормального, упорядоченного, не-хаотического мышления необходим регулятор ассоциаций. Липман пользуется отвлеченным понятием „руководящие представления“, которые направляют ассоциации, — это как бы оглавление в книге; такие представления производят подбор ассоциативного материала (впрочем, о механизме этого подбора мы ничего не знаем). Совершается этот подбор и „ниже порога сознания“, так как если бы нам пришлось „сознательно“ выбирать одни, отбрасывать другие ассоциации, то мышление наше было бы очень затруднено. Если изобразить схематически, то мы получим следующее:



Здесь *a* — руководящие представления, которые действуют на подчиненные представления *b*, *c*, *d*, *e*..... Руководящие представления являются, по выражению Кречмера, магнитом, который держит родственные представления в поле сознания. Такого рода мышление носит название апперцептивного, или логического, требующего известной апперцепции (установки внимания), известной активности. Под свободным ассоциативным мышлением мы понимаем такого рода мышление, где нет цензуры со стороны руководящих представлений, где связь между отдельными элементами сохранена наподобие связи при игре в домино, т. е. определяется предыдущим звеном, а не единым общим представлением.

Схематически мы имеем:

$a - b - c - d - c \dots$ (схема II)

Наше обычное мышление состоит как из апперцептивного, так и из ассоциативного. Чисто апперцептивное мышление мы имеем при концентрированной интеллектуальной деятельности, чисто ассоциативное — при утомлении. Руководящие представления и интрапсихическая активность вообще связаны с центробежными функциями, которые предположительно локализуются в лобных долях [Фейхтвангер (Feuchtwanger) и др.].

Клинические формы расстройств мышления.

Возбужденность мышления, скачка идей. Сущность скачки идей (*fuga idearum*) заключается в необычно ускоренной смене различных представлений. В определенный промежуток времени возникает очень много представлений, которые иногда при внешнем блеске отличаются большой поверхностностью (здесь количество идей идет за счет качества). Этот клинический симптом объясняется: 1) возбуждением процессов мышления, 2) неустойчивостью внимания (именно неустойчивостью, а не ослаблением внимания, так как больные отличаются большой наблюдательностью; подобное мы видим и у детей). Пользуясь только что приведенными схемами, мы можем сказать, что при скачке идей нет достаточного контроля со стороны „руководящих представлений“, что здесь руководящие представления быстро сменяют друг друга. Мышление не лишено цели, но цель эта постоянно меняется. Важным признаком этого рода расстройства является отвлекаемость (см. схему II), вызываемая либо внутренними причинами (неумение подавить побочные ассоциации), либо же внешними причинами (вплетение в мышление того, что происходит кругом), вследствие чего получается значительное преобладание внешних ассоциаций над внутренними.

Аналогию скачке идей мы видим и у психически здоровых: при хорошем расположении духа, когда имеется возбуждение процессов мышления, или после длительной умственной работы, когда „мысли овладевают человеком“, когда наряду с возбуждением процессов мышления имеется расстройство внимания. В менее тяжелых формах психических расстройств больные возвращаются к основной (руководящей) теме, это так наз. „упорядоченная скачка идей“ (Вернике). Резкое расстройство наблюдается при маниакальном возбуждении, опьянении и др. Очень своеобразную картину мы имеем тогда, когда больной молчит,

так как он находится под влиянием наплыва представлений и не знает, на каком из них остановиться, когда вместо речевого возбуждения, сопутствующего скачке идей, получается вихревая заторможенность идей [Шредер (Schröder)]. Субъективно и объективно мы получаем от больных со скачкой идей впечатление, что они думают быстрее. Между тем ассоциативный эксперимент не подтверждает этого впечатления. Ассоциативный эксперимент заключается в том, что испытуемый должен на слово-раздражитель, заданное экспериментатором, ответить одним словом, которое испытуемому придет ■ голову (не размышляя). В момент произнесения слова-раздражителя пускается секундомер, в момент произнесения испытуемым ответного слова секундомер останавливается. Протекшее время ■ есть так наз. время реакции. По данным Ашаффенбурга, время реакции при скачке идей не ускорено, а замедлено, что противоречит общему клиническому впечатлению. Это объясняется несовершенством ассоциативного эксперимента, который показывает не количество представлений, возникших у субъекта в данный момент, ■ количество произнесенных слов. Замедление в опыте происходит от того, что у испытуемого благодаря возбуждению возникает много побочных представлений и он теряет время на то, чтобы их устранить. Ассоциативный эксперимент и у здоровых не дает правильной картины, сам эксперимент создает „искусственную скачку идей“ (Липман). Особенное значение приписывают ассоциативному эксперименту Юнг (Jung), Блейлер и др.; по их мнению, представления, аффективно окрашенные (так наз. комплексы), четко отражаются в ассоциативном эксперименте: либо время реакции удлинено, либо ответ на раздражитель вообще отсутствует и т. д. Изменения времени реакции могут быть вызваны и другими моментами, как, напр., расстройством внимания, утомляемостью при действии алкоголя.

Заторможенность мышления противоположна „скачке идей“: мышление замедлено; в определенный промежуток времени создается меньшее количество представлений. Симптом этот обычно встречается при общей заторможенности (моторной и др.), раньше связывали его исключительно с депрессивным состоянием, для которого он на самом деле очень характерен (больные жалуются на полное отсутствие мыслей в голове, пытаются, но не в состоянии преодолеть препятствия к мышлению). Так как однако этот симптом встречается и при других состояниях (напр., при так наз. маниакальном ступоре), то теперь считают его более или менее самостоятельным феноменом. Он наблюдается и у психически здо-

ровых (при сильном волнении, огорчении и т. п.). Ассоциативный эксперимент дает здесь обратные отношения, чем при скачке идей, — преобладание внутренних ассоциаций.

Персеверации связаны с приостановкой или опаздыванием ассоциативной деятельности ■ выражаются в повторении одного и того же представления, слова, фразы. В ассоциативном эксперименте испытуемые повторяют один ■ тот же ответ на словораздражитель. Этот симптом — вторичное явление, когда вследствие каких-либо причин не образуется новых представлений. Застревание на одном слове может вести и к извращению мышления (пример: больной застрял на слове „три“ и потому говорит, что теперь „33 июня“). Речевая персеверация может сопровождаться ■ моторной (ключ используется как ложка). Персеверации встречаются и в норме: при утомлении, при смущении (так, один неопытный оратор начал свою речь, повторив несколько раз фразу: „позвольте мне“, и, не сказав больше не слова, покинул трибуну). Встречаются персеверации при опьянении, при общей заторможенности процессов мышления (интоксикации, сумеречные состояния), при органических психозах (артериосклероз, прогрессивный паралич, кататония, эпилепсия).

Симптом обстоятельности заключается в том, что субъект не ограничивается существенным в мышлении, а уходит в излишние подробности. Симптом этот имеет внешнее сходство со скачкой идей, но отличается тем, что субъект не теряет основной цели, добирается лишь окольным путем, через дебри деталей. Встречается в норме у необразованных людей (чаще у женщин), у людей преклонного возраста. Очень характерен для эпилепсии, связанной с сужением горизонта, с тем, что больные этого рода не видят отдаленной цели. Этот же симптом встречается при старческом слабоумии, при имбецильности.

Разорванность мышления (*Zerfahrenheit* по Крепелину) характерна тем, что между отдельными представлениями, ассоциациями разорваны связи при сохранении (обычно) грамматической формы. Если при „скачке идей“ мы можем до известной степени уследить за основной идеей, причем связи между ассоциациями ясны, то здесь это невозможно. Случайные идеи объединяются без внутренней связи в одну мысль, составные части одной идеи неправильно сочетаются. На вопрос, почему больной поступил в клинику, мы получаем ответ: „так как в магазине обвешивают“; иногда вплетаются внешние моменты, так, на вопрос врача, почему больной не обедал, мы получили ответ: „так как врач в белом халате“ (врач был на самом деле в белом халате). Некоторые

аналогии разорванности мышления наблюдаются и в норме, а именно во сне и перед засыпанием у психически здоровых людей. Так, один немецкий философ сообщил, что перед засыпанием человек в его представлении показался ему таблицей умножения, вечность—в виде книжного шкафа. Такого рода разорванность чрезвычайно характерна для шизофрении, при которой между прочим имеется так наз. аутистическое мышление (Блейлер), где реальное беззаботно уживается с фантастическим, нелепым. Разрыв ассоциаций облегчает этого рода мышление. Если при разорванности мышления бессмысленно нанизываются слова, то получается симптом „словесного салата“. В результате разорванности мышления—если разорванность усиливается—получается так наз. спутанность (Verwirrtheit) и бессвязность (Inkohärenz). В отличие от сна, разорванность мышления при шизофрении имеет место при ясном сознании.

Навязчивые идеи. Представления обычно держатся короткое время, сменяясь другими. При известном эмоциональном состоянии, настроении, могут появляться так наз. „доминирующие“ или „неспособные к завершению“ представления. Напр., экзаменующийся все время возвращается к мысли об экзаменах, хотя он и не желает думать об этом. Это уже переход к „физиологическим навязчивым идеям“: при переутомлении, у занимавшегося научной работой навязчиво всплывают ночью разные мысли, связанные с этой работой и мешающие заснуть. К этого рода навязчивым идеям надо отнести и сексуальные представления в пубертатном возрасте. Под навязчивыми идеями мы понимаем насильственно врывающиеся представления, к которым у субъекта имеется критическое отношение (впрочем, в состоянии аффекта критическая способность может исчезнуть), но с которыми он справиться не может. Это и приводит к формальному расстройству в течении мыслей. В остальном интеллект не нарушен, подчас даже выше среднего. Что касается аффектов, то Крепелин и др. считают, что аффекты лежат в основе навязчивых представлений; Вестфаль и др. считают аффекты лишь последствием. От бредовых идей (см. ниже) навязчивые идеи отличаются: 1) критическим к ним отношением больного, 2) тем, что навязчивые идеи появляются приступами.

По содержанию навязчивые идеи можно разделить на несколько групп, которые, впрочем, часто переплетаются:

а) *Навязчивые воспоминания.* Встречаются и у психически здоровых, напр., воспоминания мелодии после концерта и т. п. У больных воспоминания могут заполнить все психическое содержание:

воспоминания о тяжелых событиях жизни во всех деталях, о героях прочитанного романа и т. п.

б) *Навязчивые мысли*. Очень распространенным видом навязчивых мыслей является так наз. болезнь сомнения (*folie du doute*), которую мы встречаем и у здоровых. В то время как здоровые, проверив, успокаиваются, у больных опять возникают те же или другие сомнения. Сомнения касаются того, закрыта ли плотно дверь, потушен ли свет, написан ли адрес на опущенном в почтовый ящик конверте и т. п. Болезнь сомнения может привести к „профессиональной абулии“ (врач сомневается в правильной прописке рецептов; некоторые бросают медицину). К навязчивым мыслям относится „болезненное мудрствование“; вопросы касаются то банальных и ненужных, то неразрешимых вопросов: почему стул называют стул, почему у него 4 ножки, а не две ■ т. п. Сюда же относятся и контрастирующие идеи: хульные мысли в церкви и т. п.

в) *Навязчивые действия* частью вытекают из навязчивых мыслей или сливаются с ними (сомнение в том, заперта ли дверь, заставляет пойти проверить). Больные считают шаги, лошадей на улице, буквы на вывесках ■ т. д. Иногда эти явления связаны с профессией, напр. так наз. арифмомания (навязчивая потребность считать): один феноменальный счетчик, слушая драму, считал слова, произносимые актерами. Навязчивые действия чаще ограничиваются „опасением, как бы не сделать“ того или другого, что и ведет к так наз. навязчивым страхам.

г) *Навязчивые страхи (фобии)* часто вытекают из навязчивых мыслей (сомнение в чистоте ведет к „боязни прикосновения“ и т. п.). Число фобий очень велико (см. спец. часть): агорафобия (боязнь пространства), эрейтрофобия (боязнь покраснеть) и т. д., вплоть до безобъектного страха перед страхом.

Встречаются навязчивые идеи при психастении, маниакально-депрессивном психозе, шизофрении.

Бредовые идеи. Бредовые идеи и их содержание играли прежде определяющую роль при классификации психозов; в настоящее время их значение сохранилось преимущественно в качестве симптома. Слово „бред“, по Анфимову, происходит от „бреду“ (неуверенно хожу). Между бредовыми идеями и ошибками, заблуждением, суеверием нет резкой границы. Отсюда трудность дать точное определение понятий „бредовые идеи“. Для лучшего понимания уместно предварительно остановиться на так наз. „переоцениваемых идеях“¹⁾, ближе стоящих к нормальному

¹⁾ Обычный термин „сверхценные идеи“ нам представляется мало удачным.

мышлению. Это идеи, которые вследствие аффективной окраски приобретают превосходство над всеми другими идеями. Напр.: субъект считает себя неправильно осужденным; эта идея приобретает полную власть над ним, действует как магнит, все другие мысли концентрируются вокруг этой, все вытесняющей идеи. Сюда до известной степени относятся односторонние суждения. Переоцениваемые идеи могут быть полезным импульсом человеческой деятельности (изобретения, партийная деятельность и т. д.). Они вытекают из личности, спаяны с ней; формальное мышление не нарушено. В отличие от навязчивых идей они поддаются корригированию, если удастся убедить в их ошибочности. Бредовые идеи — это болезненно возникающие и не поддающиеся исправлению ошибки суждения. Этим они отличаются от переоцениваемых идей, где в сущности нет ошибок суждения. Если при навязчивых идеях субъект борется с патологическими представлениями, то при бредовых идеях он борется за них. Бредовые идеи характеризуются: 1) субъективной уверенностью в достоверности этих идей, 2) невозможностью корригировать их, постоянством [Продукция бредовых идей вытекает не столько из знаний и опыта, сколько из аффективного состояния; можно говорить о вере в бредовые идеи. Отсюда невозможность переубедить больного ни опытом, ни рассуждениями. Это аналогично так наз. суеверию у здоровых людей; больной „чувствует, что он прав“], 3) неправильностью содержания, доходящей до нелепости. Содержанием бредовых идей большей частью являются психические запасы больного (почему в последние годы часты идеи периода революции, войны). Большое значение для содержания бредовых идей имеет профессия, напр., артист считает себя Шаляпиным, один больной психиатр считал себя Крепелином. Необходимо помнить, что нелепость бредовых идей относительна, все зависит от среды, времени. Напр., вера в ведьм, не считавшаяся бредовой идеей для средних веков, считается таковой сейчас. Впрочем, есть бредовые идеи, превратность которых вне сомнения, вне связи с временем, обстоятельствами. Напр., больной заявляет, что мировая война возникла из-за него, что он весь из стекла, и т. п.

Возникновению бредовых идей способствуют: определенное аффективное состояние (повышенное, пониженное настроение, опасения, надежды и пр.), иногда некоторое расстройство сознания, позволяющее извращенно толковать события, явления. Что касается интеллектуальной слабости, то она не всегда налицо, напр., при логическом бреде у паранои-

ков. Больше того: некоторая сохранность способности мышления обязательна; вот почему бредовые идеи не встречаются при идиотии, исчезают при нарастающем слабоумии (в конечных стадиях прогрессивного паралича, шизофрении и пр.).

Течение бредовых идей разнообразное: они могут со временем „бледнеть“, могут развиваться в систему, превращаться в сухие бредовые формулы, не затрагивающие аффективной сферы больного, могут, наконец, оставаться в качестве изолированного явления после выздоровления (это так наз. „остаточный бред“).

Клинические формы бредовых идей. Так как бред обычно эгоцентричен, тесно связан с „я“ больного, то мы различаем 3 больших группы: 1) Бредовые идеи величия (обычно при приподнятом настроении), идеи эти могут относиться к происхождению, положению, материальной, духовной мощи субъекта. При более скромном характере бреда говорят о „переоценке личности“. Бредовые идеи особенно ярки при прогрессивном параличе (зубы у больного — перлы; рожь у больного родится этажами и т. п.). 2) Бредовые идеи самоуничижения могут касаться совести больного (идеи греховности), здоровья (ипохондрические идеи), благосостояния (идеи обнищания). Эти идеи часто связаны с повышенным чувством ответственности в условиях современной жизни, вырастают нередко из сверхценных идей. *Бредовые идеи греховности*: больной преувеличивает свои проступки, винит себя в несуществующих преступлениях; из-за больного погибли родные; он ждет наказания за свои грехи (отсюда комбинация с бредом преследования). *Ипохондрический бред*: содержанием его служат изменения в органах тела; он вырастает на почве беспокойного состояния, неосторожного замечания врача, чтения медицинской литературы и т. п. Больной фиксирует внимание на каком-нибудь органе (прислушивается к сердцу; выполняет автоматические движения под контролем сознания — отсюда между прочим большая утомляемость и т. д.). При органических психозах мы встречаем резко бессмысленные ипохондрические идеи: внутренности гниют, мозг высох, в мозгу червь, больной стал ростом меньше (так наз. микромания) и др. *Бред обнищания*: больной разорен, его будут судить и пр. При органических психозах (в первую голову при старческом и предстарческом психозе) встречается еще четвертая форма бреда самоуничижения: *нигилистический бред* или *бред отрицания* — больной не существует, он ходячий труп, мира нет и т. д. Иногда бредовые идеи величия и самоуничижения сочетаются: больной самый бессовестный человек, какой когда-

либо был ■ будет. Особенно своеобразно они переплетаются при шизофрении: больной одновременно ■ бог и червь. 3) Бредовые идеи преследования могут носить неопределенный характер или касаться определенных лиц ■ организаций. Сюда относятся идеи внушения, воздействия (сексуального ■ др.). Осуществляются эти преследования рентгеновскими лучами, электричеством ■ т. д. (раньше большую роль играли ведьмы). Иногда эти идеи сочетаются с идеями величия; некоторые авторы считают, что бред величия появляется в результате преследования (больного везде преследуют, значит он незаурядный человек), другие считают, что бред величия приводит к бреду преследования (больного недооценили). Люди, в характере которых имеются элементы подозрительности и переоценки личности, склонны продуцировать такого рода бред. Возникает бред преследования обычно на почве определенной параноической конституции, причем либо преобладают так наз. сензитивные компоненты (т. е. повышенная чувствительность, обидчивость, черты астеничности) либо экспансивные, стенические черты характера (склонность к активности, к борьбе, к решительному отстаиванию прав). Впрочем, часто имеется сочетание сензитивных и экспансивных черт характера (по выражению Кречмера, в глубине у „стеников“ заложено „астеническое“ жало). При известных условиях среды, при наличии определенных переживаний, конфликтов у субъектов с сензитивным характером может развиваться так наз. бред отношения: больные все относят к себе; случайное замечание на улице относят за свой счет; если кто-нибудь зевнет на улице, то это не случайно, это намек на лень больного и т. д. При наличии экспансивного характера может получиться так наз. бред сутяжничества (подробности см. спец. часть).

Отдельные формы психических болезней имеют свою преимущественную форму бредообразования (между прочим с возрастом способность к бредообразованиям усиливается). Так, при прогрессивном параличе—бред величия (отличается неустойчивостью, легко можно внушить), при старческом психозе—ипохондрический и параноический, при алкоголизме и кокаинизме—бред ревности, при параное—систематизированный бред, при шизофрении—разорванный, бессвязный бред, при депрессии—бред самоуничтожения.

Методы исследования расстройств мышления. Судить изолированно о расстройствах мышления очень трудно, так как процессы мышления неразрывно связаны с конституциональными особенностями субъекта, с его утомляемостью, аффектив-

ностью, вниманием. Иногда достаточно спонтанной речи, поведения больного, чаще, однако, приходится пользоваться опросом. Задают вопрос, может ли больной сейчас так же думать, как и раньше, думает ли он быстро, медленно, легко или с трудом. Наводящие вопросы дают нам аффективное состояние больного. Так, при депрессивном состоянии мы спрашиваем, соответствует ли депрессия и депрессивным мыслям, относятся ли эти мысли к больному или посторонним, к прошлому, настоящему или будущему. Полезно знать, что в начале заболевания депрессивные мысли чаще касаются настоящего, в дальнейшем — прошлого; это дает косвенную возможность судить об интенсивности заболевания. При депрессивных состояниях следует осторожно спросить о мыслях или попытках к самоубийству. Чтобы оценить слова, поведение больного, необходим опыт, не все можно принимать на веру, нередки случаи симуляции, диссимуляции (когда больной притворяется здоровым). Частично, с указанными выше оговорками, мы пользуемся ассоциативным экспериментом. Более интересные результаты дают опыты, где на слова-раздражители испытуемый отвечает по заданию фразами, а не отдельными словами.

III. РАССТРОЙСТВА ИНТРАПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ.

2. АФФЕКТИВНОСТЬ.

Аффективность также относится к так наз. интрапсихической активности. Термин этот обозначает общее предрасположение к аффективным реакциям, касается области чувств, включает в себя понятия аффекта, эмоции, чувство удовольствия — недовольства и вместе с влечениями и сознанием в значительной мере определяет так наз. ядро личности. Термины „аффект“ и „эмоции“ недостаточно дифференцированы ■ часто употребляются один вместо другого, причем обычно название аффект применяется к обостренным, бурным эмоциям. В настоящее время существует тенденция смотреть на аффекты и эмоции как на функции участков особой рефлекторной дуги, причем аффекты связывают с афферентной частью этой дуги; при переключении нервного заряда на двигательные пути получают эмоции (происходит от слова *moveo* — двигаю), являющиеся эфферентной частью дуги. Однако такое строгое разграничение едва ли может в настоящее время быть полностью проведено, особенно в клинике. Различают **стенические**, или возбуждающие, аффекты (радость, ненависть, гнев и пр.) и **астенические**, или тормозящие (тоска, стыд, страх и пр.). Чрезвычайно характерной является иррадиация аффектов в область соматики. Аффективность проявляется соматически: 1) в расширении зрачков, 2) в изменениях сердечно-сосудистой системы, в ускорении, реже замедлении пульса, покраснении, побледнении, повышении кровяного давления и пр., 3) в повышении сухожильных рефлексов, дрожании и пр., 4) в действии на слезо-, пото- и слюноотделение, 5) в действии на эндокринную систему и 6) во влиянии на так наз. выразительные движения — мимику, жесты и пр. Особенно резко обозначены эти симптомы при так наз. тормозящих аффектах, в то время как стенические аффекты сопровождаются большей частью лишь расширением зрачков и незначительными вазомоторными измене-

ниями. Отражаясь на соматике, аффекты в свою очередь зависят от общего соматического состояния (страх у сердечных больных, эйфория у туберкулезных, возбуждение у базедовиков ■ пр.). Далее, аффекты отражаются на интеллектуальной деятельности, а также на воле, поведении, служа для них стимулом; обостренная аффективность может влиять неблагоприятно на способность к восприятию, мышлению, суждению и пр. При тяжелых психических травмах дело может у совершенно здоровых людей дойти до расщепления между аффективностью и интеллектом, до „аффективного паралича“ наряду с оживленной интеллектуальной деятельностью. Блейлер объединяет аффективность, влечения, волю в одно понятие эргий, подчеркивая то влияние, которое имеет аффективность на волевые ■ центробежные функции. Аффекты играют огромную роль ■ психопатологии; по Блейлеру, почти все психопаты — тимопаты, т. е. больны аффектами.

Расстройства аффективности очень разнообразны. К расстройствам **количественного** характера относятся понижение ■ повышение аффективной возбудимости.

Понижение аффективной возбудимости относится к числу обычных и простых отклонений и проявляется в равнодушии, безучастности, апатии к впечатлениям внешнего мира. Вначале это ограничивается отдельными областями, не касаясь всех сторон психики. Раньше всего страдают те области, которые не связаны непосредственно с личностью, интересами больного. Этого рода понижение мы наблюдаем в норме у стариков, у молодых после сильных потрясений; при катастрофе получается как бы внезапное израсходование аффектов, после чего пострадавшие остаются на некоторое время как бы „без чувств“. В патологии мы наблюдаем понижение аффективной возбудимости у психопатов (в частности у преступников), при слабоумии как врожденном (при так наз. торпидной форме), так и приобретенном. При торпидной форме слабоумия, еще до обнаружения дефектов интеллекта, нередко удается констатировать элементы пониженной аффективной возбудимости: равнодушие, жестокое обращение с детьми и пр. Между прочим, Блейлер настаивает на том, что отклонения в области аффектов надо считать вторичными явлениями, зависящими от дефекта интеллекта, от неправильных представлений о хорошем—дурном, красивом—безобразном. В качестве иллюстрации приводится пример старика, который, совершив скверный поступок, относился к этому совершенно равнодушно, когда же уяснил себе, что он сделал, то дал бурную эмоциональную реакцию. Что понижение аффективной возбудимости

может иметь место при сравнительно хорошей сохранности интеллекта и восприятий, показывает пример шизофрении.

Повышение аффективной возбудимости свойственно ■ норме детям, отчасти женщинам; наблюдается у здоровых после бессонницы, у реконвалесцентов, у психопатов, — при конституциональной нервности, неврастении. Это повышение возбудимости проявляется в виде раздражительной слабости. Резкие формы раздражительности, то эпизодической, то хронической, мы наблюдаем при эпилепсии, алкоголизме, реже при особой форме маниакального возбуждения (так наз. гневливой мании). Легкую возбудимость, внушаемость аффектов, изменчивость настроения и колебания аффектов мы наблюдаем у психопатов типа неустойчивых (Haltlose), при истерии.

В чистом виде повышенная возбудимость отмечается при маниакальном возбуждении — в виде эйфории, при депрессии — в виде подавленности. Если подавленное настроение связано с чувством внутреннего напряжения, ожидания угрожающих событий и пр., то мы говорим тогда о состоянии страха. Фрейд связывает состояние страха с сексуальными моментами, неудовлетворенностью в половой жизни и пр. Страх связан с соматическими проявлениями, главным образом, в области вегетативной нервной системы, моторики, мимики. Очень нередко встречается беспричинный, беспредметный страх. Состояние страха мы наблюдаем при психопатии, истерии, истощении, маниакально-депрессивном психозе (особенно в более позднем возрасте), при алкоголизме, эпилепсии.

Эмоциональная невоздержанность. Наряду с повышением и понижением аффективной возбудимости существует еще эмоциональная невоздержанность (Incontinentia), когда как бы отпадают естественные тормозы для эмоциональной реакции. Больные обнаруживают во вне свою радость, неудовольствие, хотя они и знают, что этого делать не следует. Этот симптом наблюдается при органических заболеваниях центральной нервной системы — после инсульта, при интоксикациях.

К качественным изменениям аффективной возбудимости относится так наз. извращение аффектов, когда больные радуются по поводу грустных событий и наоборот (см. шизофрения). Большой интерес представляет так наз. аффективная амбивалентность (Блейлер), заключающаяся в сосуществовании в одно и то же время противоположных аффектов любви и ненависти и т. п.; симптом этот очень характерен для шизофрении. Элементы амбивалентности мы находим и у психически здоровых

людей, напр., страдающие хирургическим заболеванием ■ одно ■ то же время и желают и не хотят операции. Прекрасно охарактеризована амбивалентность у Лермонтова словами: „и как-то весело, и хочется плакать“.

Указанные здесь изменения аффективной возбудимости могут быть либо длительными, составляя сущность той или другой конституции, либо же в качестве эпизодической реакции. Если аффекты появляются немотивировано, без достаточного повода, имеют быстрое и бурное развитие, дают резкую сосудистую реакцию и связаны с большим или меньшим помрачением сознания и амнезией, то мы говорим о патологическом аффекте, играющем большую роль при судебной экспертизе по вопросу о так наз. уменьшенной вменяемости преступника.

Биологическая теория аффектов. В конце XIX века чисто метафизическая, *интеллектуалистическая* теория аффектов была заменена *сенсуалистической* теорией Джемса—Ланге, которые ставили акцент не на психическое, а на соматическое содержание аффектов. Они говорили, что мы „боимся, так как дрожим“, а не „дрожим, потому что боимся“. В противовес этой теории Вундт выдвинул эмоциональную теорию, которая рассматривает аффект как явление психофизического порядка, где оба фактора, и психический и соматический, равноценны. Плодотворной оказалась не столько самая теория Вундта, сколько поставленные в связи с ней экспериментально-психологические работы. Вундт изучил закономерность соотношений между эмоциями и изменениями пульса и допускал, что по изменениям пульса возможно судить о типе эмоций. В настоящее время мы можем считать достаточно выясненным влияние аффектов на дыхание, сердечно-сосудистую систему, на моторику, а ■ последнее время и на химические процессы, в частности на обмен веществ и деятельность эндокринных желез, в первую очередь надпочечников и щитовидной железы. Большой интерес в этом направлении представляют опыты Кэннона (Cannon), который натравливал собак на кошек, находившихся в клетке, и в связи с вызванным страхом находил у кошек глюкозурию и гипергликемию, объясняемую усиленным действием надпочечников. Значительные успехи можно отметить и по вопросу о попытках мозговой локализации аффективных процессов. Все идущие с периферии ощущения попадают в зрительные бугры, откуда они направляются дальше к специальным корковым зонам. Область зрительных бугров, в частности стенки III желудочка и Сильвиева водопровода, является одновременно физиологическим центром для неразрывно связанной с ощущение-

ниями аффективности. Близость Thalamus'a к промежуточному мозгу (служащему центром вегетативной нервной системы) ■ моторным подкорковым узлам объясняет нам связь, существующую между аффективностью и влечениями и определяющую так наз. ядро личности, а также между аффективностью и автоматическими моторными функциями (мимикой, жестами, защитными движениями и пр.).

Методы исследования аффективности очень несовершенны. Они имеют больше сходства с приемами судебного следователя, чем с естественно-научным исследованием (Крепелин). При этом необходимо, в соответствии со сказанным выше, отличать основное настроение и аффективные реакции. По поводу основного настроения задают больному вопрос, каково оно, хорошее — плохое, нет ли тоски, страха. Если ответ недостаточно определенный, то дополнительно спрашивают, не изменилось ли настроение, таково ли оно, как раньше, или нет. Труднее исследование, когда имеется смесь разного рода компонентов, напр., тоска и страх или страх и злобность, тоска и недоумение, растерянность. Кроме непосредственного проявления, аффекты обнаруживаются во всем рядом признаков. Об аффективности свидетельствуют: мышление (впрочем, надо помнить, что при некоторых заболеваниях, как, напр., шизофрении, между настроением и мышлением может быть диссоциация), моторика (движения быстрые — медленные; при страхе — усиление двигательного беспокойства), психомоторика, в первую очередь мимика, на которую обращают недостаточно внимания (тупое самодовольство при прогрессивном параличе, аффективная тупость при шизофрении, недовольство при истерии и пр.); здесь тоже необходимо помнить о возможной диссоциации между аффектами и моторикой (напр., при шизофрении, где улыбка может появиться при тоске). Об аффективности судят далее на основании ее влияния на вегетативную и эндокринную систему, влияния на пульс, кровяное давление, электрическую возбудимость и пр. Чрезвычайно характерны состояние возбуждения при базедовой болезни, апатия при микседеме, так наз. гипофизарное настроение и торпидность при акромегалии, депрессия при аддисоновой болезни, аутизм при евнухоидизме и т. д.

При исследовании аффективных реакций следует иметь в виду, что далеко не всегда они соответствуют основному настроению. Так, напр., на фоне веселого настроения наблюдается реакция злобности. Большое практическое значение имеет отсутствие или слабость аффективной реакции.

IV. РАССТРОЙСТВА ЦЕНТРОБЕЖНЫХ (ВОЛЕВЫХ) ФУНКЦИЙ.

Волевые функции относятся к центробежной части психорефлекторной дуги и зависят также от интермедиарной части этой дуги, поскольку они связаны с интрапсихической активностью.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ВОЛЕВЫХ ФУНКЦИЙ.

Количественные изменения волевых функций. Сила волевых импульсов может колебаться; в физиологических условиях мы говорим об ослаблении этих импульсов при усталости и старости, об усилении — после отдыха. *Гипофункцию воли* или *ослабление волевых импульсов* мы встречаем особенно часто при длительном потреблении наркотиков. Очень характерно это расстройство для шизофрении, где оно объясняется тупостью аффектов. Такого рода больных можно заставить действовать; когда же устраняют внешнее побуждение, у них опять исчезают волевые импульсы; значит, они могут действовать, но им не хватает импульсов. *Гиперфункция воли* или *усиление волевых импульсов* чаще всего обнаруживается при моторном возбуждении. Так, у алкоголиков-делирантов она проявляется в двигательном беспокойстве, не оправдываемом в достаточной мере ни бредовыми идеями, ни галлюцинациями; то же при опьянении, кокаинизме. Сюда относится и так наз. стремление к деятельности при маниакальном возбуждении, когда больной все время чего-то хочет, что-то делает, во все вмешивается, жестикулирует без конца и т. д. Все эти волевые импульсы имеют какую-то целевую установку, хотя сами действия могут быть и не совсем целесообразны, или же цель все время меняется. От стремления к деятельности надо отличать стремление к движениям, где нет целевой установки, где больные не знают, для чего и почему они производят разнообразные действия; здесь между прочим нет того адекватного выражения лица, которое имеется при стремлении к дея-

тельности. Для стремления к деятельности и к движениям характерно понижение утомляемости, очень своеобразный симптом, который делает невозможным симуляцию в этом направлении. Переход волевых импульсов в действие зависит не только от силы этих импульсов (гипер- или гипофункция воли), но и от силы внутреннего сопротивления. При повышении сопротивляемости мы говорим о психомоторной заторможенности (Hemmung), характерной для депрессивных состояний при маниакально-депрессивном психозе. Больному трудно действовать, приходится преодолевать внутреннее сопротивление, действия замедлены. От этого рода заторможенности надо строго отличать психомоторную задержку (Sperrung), характерную для кататонии, где всякий волевой импульс, действие, движение вызывают как бы антагонистические противоимпульсы. Когда действие антагонистов исчезает, волевые проявления могут, в отличие от заторможенности, беспрепятственно и тут же обнаружиться. Если волевые импульсы при заторможенности можно сравнить с течением воды по трубе, в которой все увеличивается сопротивление, то при задержке мы имеем как бы шлюзы поперек течения, приостанавливающие это течение совсем. Ослабление сопротивления мы имеем при алкоголизме, кокаинизме и некоторых формах истерии.

Из специальных расстройств волевых функций большое значение имеет *внушаемость*, т. е. подчиняемость чужому влиянию. Внушаемы все; простым примером может служить заразительность при зевании, кашель во время концерта и проч. При скоплении людей внушаемость выступает резче, мы говорим тогда о массовой внушаемости. Различают повышенную и пониженную внушаемость. *Повышенная внушаемость* встречается и в норме: у детей, отчасти у женщин; к временной повышенной внушаемости предрасполагают утомление, опьянение. Повышенной внушаемости способствует понижение критики; при слабоумии, в частности при прогрессивном параличе, достаточно иногда одного слова, чтобы вызвать перемену настроения. Резкую повышенную внушаемость мы наблюдаем при кататонии, истерии и гипнозе. При кататонии карикатурно повышенная внушаемость проявляется в двух видах: каталепсии и автоматической подчиняемости. Каталепсия состоит в том, что больной сохраняет длительно ту позу, хотя бы и самую неудобную, которую ему искусственно придали; его телу можно придать любую форму, будто бы оно из воска (почему этот симптом имеет еще другое название — восковая гибкость или *flexibilitas cerea*). Блейлер отли-

чает еще так наз. *pseudoflexibilitas*, когда больные сохраняют позу, полагая, что этого требует врач для исследования; чтобы обнаружить настоящую восковую гибкость, он предлагает делать таким образом: ощупывая у больного пульс, незаметно поднимать руку над одеялом, ■ затем оставлять ее в том же положении. При каталепсии элементарное раздражение, напр., сгибание руки, автоматически вызывает моторную установку мышц. Автоматическая подчиняемость является уже более высокой формой внушаемости, так как здесь автоматический ответ получается не на элементарное раздражение, а на дифференцированные психические комплексы, слова, приказ и проч., чем пользуются при гипнозе. Больные выполняют эти приказания автоматически, напр., повторно показывают язык, хотя каждый раз им колют язык булавкой. Такие автоматические действия можно вызвать и примером — это так наз. *эхопраксия* (подражание движениям) и *эхолалия* (повторение сказанных слов). Указанные формы каталепсии и автоматической подчиняемости мы встречаем ■ при глубоком гипнозе, при истерии. Испытуемому дают камень и словесным внушением вызывают у него представление о розе, которую он нюхает.

Пониженная внушаемость может достигнуть пределов так наз. *негативизма*, отрицательной внушаемости, сопротивления всякому влиянию и воздействию. Возникновение отрицательных импульсов свойственно всем людям и защищает их от случайного воздействия, способствуя самоутверждению. При негативизме больные либо не желают делать того, что им предлагается (*пассивный негативизм*), либо делают противоположное тому, что от них требуют (*активный негативизм*). Негативизм особенно характерен для шизофрении. Больные не отвечают на приветствие, не подают руки, стискивают зубы, когда их просят открыть рот; требуют воды для питья, когда же ее приносят, выливают; отказываются от пищи, задерживают кал и мочу; не отвечают на вопросы, не говорят вообще (*мутизм*). Негативизм не следует смешивать с сопротивлением при страхе, когда больного можно убедить и он идет навстречу вашим требованиям. Черты негативизма мы наблюдаем в детском возрасте, когда ребенок упрямится, причем, как известно, эта реакция может держаться и тогда, когда вызвавшая причина устранена. Близок к поведению детей негативизм при истерии.

Гипобулические механизмы. Автоматическая подчиняемость и негативизм часто уживаются рядом. У кататоников мы можем видеть, как на одной руке имеется симптом восковой гибкости,

на другой — негативизм. Больные истерией могут при гипнотическом сеансе оказаться резко внушаемы, ■ домашней же обстановке они упрямы, негативистичны. Подчиняемость ■ негативизм надо отнести к числу более глубоких филогенетических механизмов. Это так наз. гипобулические (подволевые) механизмы (Кречмер), преимущественно свойственные детям, примитивным народам. Эти механизмы знают либо безапелляционное подчинение, либо слепое сопротивление, не знают середины; следует также отметить, что волевые и аффективные проявления здесь еще не дифференцированы.

К качественным изменениям волевых функций следует отнести явления, которые мы назвали бы здесь *парабулией* и соответствующее действия — *парапраксией*. К *парапраксиям* относятся манерность и стереотипия. Под манерностью понимают извращение простых действий: вычурная походка и мимика, гримасничанье, своеобразная манера есть, подавать руку ■ проч. Резкая степень вычурности носит особое название — *чуждость* (*Verschrobenheit*): вместо того чтобы стремиться к цели прямым путем, идут либо окружным, либо совсем не идут к цели. Под стереотипией мы понимаем однообразное, непрестанно длящееся, иногда часы, дни и недели, повторение одних и тех же действий: больные остаются в одном и том же положении (стереотипия положения), на одном месте (стереотипия места); повторение одних и тех же слов, оборотов речи носит специальное название — *вербигерация*. Мы имели возможность наблюдать чрезвычайно характерный пример стереотипии у кататоника, который в течение нескольких лет пребывания в клинике, когда ему нужно было уходить в уборную, одевался (остальное время он всегда лежал в кровати, с одеялом через голову, при полном мутизме), убирал постель и, ступая по определенным местам паркета, отправлялся и возвращался из уборной, после чего аккуратнейшим образом ложился обратно в постель. Стереотипии тоже относится к гипобулическим механизмам и особенно характерна для кататонии, хотя встречается и при маниакально-депрессивном психозе, при инфекционных психозах, при эпилептическом сумеречном состоянии, при истерии, при остром синдроме страха. Черты стереотипии можно видеть и при утомлении, во время скуки; сюда относится привычка списывать бумагу своей фамилией, каким-нибудь словом, рисунком.

К *парабулиям* относятся болезненные расстройства так наз. влечений. Под влечениями понимают наследственно закрепленные компоненты воли, действий, группирующиеся вокруг

жизненных целей: пищи, самосохранения и продолжения рода. Болезненное расстройство пищевого влечения может заключаться в его ослаблении (отказ от пищи при депрессии, шизофрении), повышении (обжорливость или так наз. полифагия при прогрессивном параличе, идиотии), либо же извращении (когда, напр., шизофреник съедает собственные экскременты, так наз. копрофагия). Инстинкт самосохранения тоже играет в культурной жизни менее видную роль. Этот инстинкт проявляет себя при опасности, причем провоцируемое чувство страха приводит в движение атавистические, гипобулические механизмы; особенно резко действует страх на психомоторную сферу. Это мы наблюдаем при землетрясениях, железнодорожных катастрофах. При некоторых психозах мы видим, наоборот, понижение этого инстинкта, напр., самоповреждение при кататонии, истерии. Половое влечение имеет огромное психологическое и психопатологическое значение. В культурной жизни это влечение выступает значительно чаще, чем это принято думать, в качестве динамического фактора, в замаскированном, метаморфозированном виде. Развитие полового влечения надо отнести не к пубертатному, а к значительно более раннему периоду, на что совершенно правильно указывает Фрейд. Половые влечения у детей зависят не столько от сексуальности, сколько от отношения между родителями и детьми, которым Фрейд, впрочем, придает исключительно сексуальный характер. Эти отношения, в частности отношения между отцом и дочерью, матерью и сыном, находят у Фрейда свое выражение в так наз. треугольнике или комплексе Эдипа (Эдип убивает отца и женится на матери). С этим, несомненно слишком далеко идущим, психоаналитическим толкованием происхождения и развития сексуальных влечений нельзя целиком согласиться; во всяком случае, недооценка детской сексуальности до Фрейда делала невозможным понимание целого ряда психоневрозов. Большой психологический и психопатологический интерес представляет учение об энергетическом превращении сексуальных влечений в другие психофизические формы. Здесь различают два главных типа превращений, вызванных препятствиями в сексуальной жизни: конверсии и сублимирование. Под конверсиями понимают простой переход сексуальной энергии в другой элементарный вид энергии, напр., переход сексуального возбуждения в чувство страха, в расстройства вегетативной нервной системы (сердцебиение, кишечное расстройство и др.); такого рода конверсии очень нередки при истерии. Под сублимированием понимают переход сексуальной

энергии в более высокий, дифференцированный вид энергетических коррелятов. К сублимированию в более элементарном смысле можно отнести явления фетишизма, привязанность „старых дев“ к животным ■ пр.; к сублимированию ■ собственном смысле можно отнести религиозность сект, где основатели секты окружены приверженками женского пола и пр. Наконец, явления сублимации можно обнаружить в искусстве, этике. В психопатологии мы различаем количественные и качественные расстройства половых влечений. К количественным расстройствам относятся понижение ■ повышение влечения. Повышенное влечение встречается при многих психических расстройствах: имбецильности, психопатии, маниакальном состоянии, начальном стадии прогрессивного паралича, пониженное — при прогрессивном параличе, табесе, депрессии, наркоманиях. Из качественных расстройств, или так наз. перверсий, т. е. извращений полового влечения, на первом месте по частоте стоит влечение к мастурбации. Мастурбация сама по себе, если не достигает исключительных размеров, не является перверсией; она очень распространена в детском возрасте, встречается у совершенно здоровых людей — при невозможности жить половой жизнью. Мастурбация становится перверсией тогда, когда она превращается ■ самоцель, вытесняя естественное половое влечение, как это бывает у замкнутых шизоидных психопатов. Более тяжелыми сексуальными перверсиями являются гомосексуализм, мазохизм, садизм и др., о чем см. специальную часть. Еще большее, пожалуй, значение имеют перверсные компоненты, существующие рядом с нормальным половым влечением, очень распространенные, нередко не осознанные. Большая часть навязчивых представлений (напр., боязнь удушиться, быть удушенным, боязнь загрязнения) имеет свои корни в этих компонентах.

Качественные и количественные расстройства влечений играют большую роль в симптоматологии многих психических болезней и определяют в значительной мере поведение больного, которое может выразиться в импульсивных и навязчивых действиях (см. спец. ч.).

Внимание. Крепелин определяет внимание как „внутреннюю волевою деятельность“; по существу это сложная психическая функция, которой в значительной мере определяется порядок мышления. Внимание связано с интрапсихической активностью, им определяется сознательный выбор чувственных восприятий, представлений, мыслей. При ясно выраженном слабоумии мы наблюдаем притупление внимания, напр., при прогрессивном

параличе. Заторможенность внимания мы наблюдаем при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, когда больной с трудом напрягает свое внимание; в противоположность этому, при маниакальной фазе мы имеем повышенную способность внимания. Под отвлекаемостью внимания понимают его неустойчивость, быстрый переход от одного явления к другому; в легкой форме отвлекаемость наблюдается при утомлении, ярко выражена при маниакальном возбуждении, прогрессивном параличе, инфекционных психозах. Задержку внимания мы наблюдаем при шизофрении, где этот симптом соответствует прочей негативистически-волевой установке; здесь внимание не притуплено, а активно подавлено.

Методы исследований центробежных функций вытекают из вышеизложенного. О волевых функциях мы судим частично на основании психо-моторики больного (много—мало движений; быстрые—медленные, однообразно-стереотипные или нет, произвольные или непроизвольные, где локализуются). Из специальных исследований важно исследование на каталепсию, на автоматическую подчиняемость, внушаемость, негативизм. Исследование на внимание можно производить двояким путем: предложить больному производить счет, вычитая от 100 по 7 или по 13 (метод Крепелина) или же зачеркивать в тексте определенную букву (метод Бурдона).

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

СОЗНАНИЕ.

Сознание — это синтез психических функций, ощущений, представлений, воли, аффектов, доступный наблюдению в соматической проекции, непосредственно же доступный лишь самонаблюдению. Мы различаем разные степени сознания ■ говорим (как о поле зрения) о центре сознания (наибольшая ясность сознания) и периферии сознания, по направлению к которой ясность сознания идет на убыль. Фрейд ввел понятие „подсознательного“, являющееся по существу периферией сознания. У Фрейда „подсознательное“ не материального порядка, и, поскольку наши физиологические представления о сознании расширяются, едва ли есть надобность в таких понятиях. В настоящее время мы знаем уже, что при полном выключении сознания (сон) мы имеем деятельность только подкорковых узлов мозгового ствола (вегетативные функции), по мере же перехода к полному сознанию включаются те или иные отделы коры мозга. Так, напр., при опухолях мозга, где имеется сдавление мозгового ствола, мы наблюдаем изменение сознания.

Расстройства сознания связаны с расстройством восприятия, способности к запоминанию, ориентировки во времени, пространстве. При *количественном изменении состояния* сознания мы говорим о так наз. *оглушенности*, где наряду с расстройством восприятий, дезориентировкой, имеется повышение порога для внешних раздражений; при более резких степенях оглушенности мы говорим о *сомнолентности*, *торпоре* и *„сoma“* (когда совсем нет реакции на раздражение). Эти состояния мы наблюдаем в легкой степени перед засыпанием, при утомлении, в более тяжелой — при явлениях хронического давления на мозг, шизофрении, белой горячке и проч. К *качественным изменениям* состояния сознания относятся: *сумеречное* и *делириозное* состояния. Сумеречное состояние сопровождается систематизированным извращением окружающего. Действия в этом состоянии имеют

свой смысл, своеобразную цель ■ более или менее ясную логическую связь. Начало ■ конец состояния острые, длительность — от минут до дней, реже недель. Сумеречное состояние характерно прежде всего для эпилепсии, но встречается при ряде других органических психозов (шизофрения, прогрессивный паралич, экзогенные заболевания), а также при психогенных заболеваниях (истерия). На фоне затрудненных функций восприятия, ориентировки, памяти возникают обманы чувств, преимущественно устрашающего содержания (главным образом галлюцинации слуха и зрения) и бредовое толкование окружающего. Больные видят разбойников, чертей, животных, находятся в сноподобном состоянии и действуют в согласии с этими восприятиями. В других случаях наблюдается как бы провал, пустота сознания, заполняемая влечениями — действиями, не коррегируемыми интеллектом: склонность к бродяжничеству, к кражам, поджогам и т. д. Настроение боязливое или равнодушное, иногда приподнятое, даже экстатическое. При поверхностном взгляде поведение может казаться вполне правильным, напр., больные отправляются к вокзалу, покупают билет, куда-то едут, но, приехав, не знают как и для чего туда попали. Все, что происходит в период сумеречного состояния, обычно исчезает из памяти, больные страдают амнезией. Делириозное состояние — это тяжелое, но обычно кратковременное помрачение сознания, где на первый план выступают многочисленные обманы чувств, главным образом зрительные галлюцинации. Мышление в большей или меньшей степени бессвязно, сноподобно изменено. Внимание, память, ориентировка нарушены. Это состояние может быть связано либо со страхом, либо с эйфорией. Очень характерно двигательное беспокойство, доходящее иногда до неистовства, и быстрая сменяемость отдельных симптомов. Обычно отмечается амнезия. Делириозное состояние чаще всего наблюдается при инфекциях и интоксикациях. У детей самые невинные инфекции, напр., ангина, могут вызвать такого рода состояния. Делириозное состояние встречается также и при ослабоумливающих процессах, при тяжелом маниакальном возбуждении и пр., в редких случаях после сотрясения мозга.

Исследование состояния сознания представляет значительные трудности, о расстройствах его приходится судить по косвенным признакам: по мимике, жалобам больного (некоторые больные жалуются на неясность сознания), по реакциям на раздражение (если исключены неврологические моменты), по расстройству внимания, мышления, ориентировки и пр. При исследовании на ориентировку

надо различать ориентировку во времени, месте и так наз. аутопсихическую ориентировку (знает ли больной дату, город, дом, где находится, кто он сам ■ т. п.).

ТИПЫ ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, ХАРАКТЕР ■ ТЕМПЕРАМЕНТ.

Помимо указанных выше функций, психика ■ целом, как совокупность этих функций, имеет общие свойства, которыми определяются ее реакции на окружающее. Мы различаем, по Кречмеру два типа реакций: примитивную и реакцию личности. **Примитивная реакция** не специфична, в ней личность интегрально не участвует; при сильном раздражителе она может обнаружиться у каждого человека, но у детей, примитивных народов вызывается легче. Переживания идут по периферии сознания и разряжаются либо в импульсивность, либо в так наз. гипобулические и гипоноические реакции. К импульсивным реакциям относятся: **эксплозивная реакция** — элементарный двигательный разряд под влиянием сильного раздражителя, напр., скандал в тюрьме под влиянием алкоголя, и реакция короткого замыкания — сложное действие (а не элементарный разряд) под влиянием раздражителя, аффектов, напр., кастрация мужа женой, узнавшей, что он заразил ее венерической болезнью. Термины „гипобулические“ и „гипоноические“ указывают, что реакции идут ниже порога сознания, воли, что мы имеем дело с более старыми филогенетическими механизмами. К гипобулическим реакциям относятся так наз. „двигательная буря“, стереотипные ритмические движения, явления негативизма и внушаемость. Двигательную бурю мы можем наблюдать у животных, напр., у инфузорий, облитых водой, у птицы, попавшей в комнату. Эти механизмы выступают у взрослых при наличии сильного раздражителя, напр., при панике, во время пожара, катастрофы и пр., либо же при истерии, психопатиях и т. п.; истерический припадок является атавистической двигательной бурей. К гипоноическим реакциям относятся явления сна, сумеречное состояние.

В противоположность примитивным реакциям **реакция личности** специфична, в ней участвует личность в целом. Эта реакция получается как результат взаимодействия между характером и раздражителем (переживаниями). В характере отражается наш жизненный опыт, взаимодействия между „я“ и „не-я“. Мы различаем здесь три типа реакции: **стеническую** (активность, настойчивость, агрессивность, ощущение победы над жизнью, склонность упрекать окружающих), **астеническую** (пассивность, отсту-

пление, чувство недостаточности, гиперестезия, ранимость, скрупулезность, склонность к самоупрекам, повышенная способность к восприятию впечатлений, пониженная к выявлению аффектов, что ведет к их застою) и аутистическую (где нет ни победы, ни поражения, нет контакта с окружающим миром). Указанные три типа реакции психических установок редко существуют отдельно. Наибольший психологический интерес представляют контрастирующие характеры, где рядом со стеническим характером имеется „астеническое жало“ (Кречмер) и наоборот. В зависимости от преобладания стенического, астенического или аутистического ядра мы говорим об экспансивном, сензитивном и аутистическом характере. Эти типы психических установок особенно резко выражены у лиц психопатического склада. Ярким примером экспансивного характера служат так наз. сутяги, люди фанатической борьбы, решительные, самоуверенные, но рядом с этим в глубине всегда можно найти у них очаги астеничности, чувство собственной недостаточности. Там, где имеется особенно резкая реакция во вне, там нужно тщательно искать астенических компонентов, так как здоровые стенические натуры спокойны в своей самоуверенности, у них нет „сверхкомпенсированной“ нервной напряженности. „Астеническое жало“ может способствовать развитию бурных экспансивных реакций. В этом отношении большой интерес представляет описанный в психиатрической литературе так наз. „случай Вагнера“. Это был народный учитель, самоуверенный, с чувством презрения к окружающим и пр. В течение 12 лет он развивает план мести жителям своей деревни; и вот однажды он поджигает деревню с 4 концов и убивает 12 встречных людей. Психиатрический анализ вскрывает астенический компонент, связанный с сексуально-этическим конфликтом: больной одно время имел половые сношения с животными и в последние годы в нем укреплялась уверенность, что об этом знают все жители деревни. Сензитивный характер — это противоположность экспансивного. Примером аутистического характера может служить честолюбивый чиновник, который уверяет себя, что ему „живется лучше, чем любому министру“ (Кречмер говорит здесь о „суррогате счастья“). Элементы этого мы видим в мифах, религии (рай вместо земного счастья). Реакция личности, как сказано, есть результат взаимодействия между характером и внешними раздражителями, т. е. переживаниями. Чтобы вызвать ту или другую реакцию личности, характер и переживание должны подходить друг к другу, как ключ к замку (Кречмер). Так, напр., сексуально-этический конфликт вызывает у сен-

зитивных людей реакцию личности, не оставляя следов у экспансивного сутяги; наоборот, проигранный гражданский процесс вызывает такого рода реакцию у сутяги, не трогая сензитивного человека. Одно и то же переживание, напр., любовь без взаимности, может у экспансивной девушки вызвать реакцию борьбы, она винит во всем „его“, сензитивная — винит себя, при истерии же происходит вытеснение из сознания, дающее нередко примитивную реакцию ■ виде припадков. Таким образом мы видим, что реакции психические ■ значительной мере определяются характером, который представляет собою структуру личности. С другой стороны, реакция определяется темпераментом.

Термин темперамент, который связан с биотонусом, темпом, интенсивностью, функцией нервной системы и всего организма, устанавливается преимущественно в зависимости от наследственно-биологических факторов ■ меньше зависит от среды, чем характер. Сообразно с этим, темперамент мало изменяется в течение жизни, хотя и подвержен колебаниям. Эти колебания возможны в сторону плюса и в сторону минуса. Темперамент может быть повышенным, пониженным и средним, поэтому различаются темпераменты сангвинический, или гипоманиакальный, меланхолический, или депрессивный, и нормальный.

СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ.

Описанные выше отдельные болезненные симптомы в действительности не наблюдаются изолированно. Мозговые механизмы так тесно связаны между собою, что расстройство одного из них влечет за собою изменение и других механизмов путем раздражения, расторможения или смещения тех или иных функций. При этом получается не произвольно-беспорядочное соединение отдельных симптомов, а сочетание их в определенные комплексы, связанные с динамическими взаимоотношениями механизмов. Таким образом и оформляются те симптомокомплексы или синдромы, которыми определяется данная картина болезни. В старой психиатрии такие симптомокомплексы считались болезнями, описывались как отдельные психозы, в настоящее время (после Крепелина) мы знаем, что болезни в нозологическом смысле определяются не только симптомокомплексами, но и патогенезом, течением, исходом и патологической анатомией, и что одни и те же симптомокомплексы, как единицы второго порядка, могут развиваться при разных болезнях и, наоборот, одна и та же болезнь может выражаться патопластически разными синдромами (в зависимости от препси-

хотических особенностей, от локализации процесса, от добавочных констеллативных факторов и пр.). Однако, и в настоящее время изучение синдромов очень важно для уяснения клинических проявлений психозов. Мы перечислим здесь лишь вкратце важнейшие синдромы; в частной психопатологии нам придется на них остановиться детальнее при описании отдельных болезней.

1. Соматокомплексы при помрачении сознания: а) состояния оглушения, когда больные апатичны, неясно воспринимают окружающее, их способность запоминания понижена, внимание с трудом привлекается, мышление неясно и бессвязно, б) сумеречные состояния (см. стр. 271), в) делириозные состояния (см. стр. 272).

2. Эмоциональные соматокомплексы: а) меланхолия, мания, смешанные состояния с участием отдельных депрессивных и маниакальных симптомов (см. маниакально-депрессивный психоз); б) синдром страха характеризуется большим напряжением аффекта и резким моторным беспокойством; в) выключение аффектов — как бы их паралич на почве внезапных потрясающих переживаний.

3. Бредовые соматокомплексы: а) паранойальный синдром, б) парафренический синдром, в) синдром бредовых фантазий (характеризуется изменчивыми, нестойкими, причудливыми бредовыми настроениями), г) галлюциноз (отличается наплывом ярких обманов чувств при незатемненном сознании).

4. Дискинетические соматокомплексы: а) ступор — состояния неподвижности с расслаблением мускулатуры (б. ч. при тяжелой меланхолии) или с ее напряжением (при кататонии), б) гиперкинезы (отличаются немотивированным двигательным возбуждением, носящим насильственный характер); в) кататонический синдром с сочетанием гиперкинетических и ступорозных явлений (негативизм, мутизм, каталепсия, эхολалия, эхопраксия, гримасы, стереотипии, импульсивные акты).

5. Нервные соматокомплексы: а) ипохондрический синдром характеризуется преувеличенными опасениями, касающимися действительных или воображаемых заболеваний, причем все внимание больного концентрируется на ощущениях в тех или иных частях тела и все поведение определяется опасениями за свое здоровье; б) синдром навязчивых идей является сочетанием описанных выше навязчивых мыслей, страхов и действий; в) неврастенический синдром выражается в раздражительной слабости с повышенной впечатлительностью и утомляемостью, пониженным настроением и рядом соматических расстройств, связанных с веге-

тативными нарушениями; г) синдром выключений и вытеснений, при котором отдельные соматические и психические функции, те или иные сложные комплексы и переживания вытесняются или выключаются таким образом, что они для больного как бы перестают существовать; так, у больного (при истерии) может быть выключена функция зрения, он может забыть (вследствие вытеснения из сознания) целые периоды из своей жизни и т. п.

6. Спазмодические симптомокомплексы: эпилептические, истерические припадки.

7. Синдромы при грубых поражениях мозга: а) амнестический симптомокомплекс с расстройством запоминания, дезориентировкой и конфабуляциями; б) афазический, агностический и хореатический синдромы; в) фронтальный синдром, характеризующийся апатией, отсутствием инициативы или наоборот нелепым возбуждением (*mania*) и др.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

ТЕЧЕНИЕ, ИСХОД И ПРОГНОЗ ПСИХОЗОВ.

Течение, исход и прогноз психозов зависят, конечно, от формы заболевания и будут рассмотрены в специальной части. Здесь необходимо сделать лишь несколько общих замечаний. По своему течению психические заболевания не только в большинстве случаев длительны, но они часто начинаются и кончаются с жизнью субъекта. Даже так наз. острые психозы обычно тянутся несколько месяцев, а иногда лет, что не соответствует понятию об острых болезнях в соматической патологии. Далее, многие психозы, даже протекающие доброкачественно, имеют большую склонность к повторению. Исход психозов при многих формах неблагоприятен как в смысле смертельного конца (прогрессивный паралич и др.), так и в смысле деградации психики, наступления слабоумия (шизофрения, эпилепсия и др.). Все эти данные являются, конечно, неблагоприятным моментом в прогностическом отношении. Однако нужно сказать, что прогноз при психозах многими оценивается слишком пессимистически, большое число психических заболеваний заканчивается, несомненно, благополучно и не влечет за собой слабоумия. Развитие современных методов профилактики и лечения позволяет надеяться на возможность в дальнейшем еще более оптимистической оценки общего прогноза при психических расстройствах.

О ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Патологическая анатомия имеет большое значение для нозологического определения психозов. Однако не все душевные болезни одинаково доступны патолого-анатомическому изучению; в этом отношении они могут быть разделены на две большие группы: 1) психозы, при которых отмечаются патолого-анатоми-

ческие изменения, и 2) психозы, при которых такие изменения не обнаруживаются. Клинические данные подтверждают такое деление, поскольку для первой группы характерна психическая дегенерация, соответствующая анатомической деструкции; при второй же группе таких изменений не наблюдается. Здесь имеется известное обоснование для старого деления психозов на органические и функциональные; нужно лишь сделать оговорку, что, во-первых, некоторые психозы (например, шизофрения), считавшиеся функциональными, при более точном исследовании оказались основанными на патолого-анатомических изменениях нервной ткани и, во-вторых, функциональные психозы — это не значит: лишенные материального субстрата; мы здесь имеем в виду заболевание, при которых нет грубых разрушений нервной ткани, а лишь тонкие изменения, способные к восстановлению, или же врожденные особенности — уклонения тончайшего строения нервного вещества, благодаря которым получается частичная недостаточность отдельных систем, влекущая за собою дисгармонию динамических взаимоотношений соответствующих психических механизмов.

Патолого-анатомические особенности могут выражаться: 1) во врожденных стойких аномалиях развития нервной ткани, неправильном строении отдельных частей мозга (напр. при олигофрении); 2) в процессах, разрушающих или изменяющих нервную ткань в течение жизни субъекта; эти процессы могут или непосредственно поражать нервные элементы или же вторично, вследствие основного поражения мезодермы (сосудов оболочек мозга), они могут носить или исключительно дегенеративный характер или же воспалительный; 3) наконец, в некоторых случаях мы имеем в мозгу остатки старых процессов, рубцы, дефекты мозговой ткани, лежащие в основе клинических явлений выпадения. При психозах, имеющих определенную патолого-анатомическую основу, соответствующие данные разработаны неодинаково: при некоторых формах изменения столь определены, что могут служить для точного посмертного диагноза и проверки клинического распознавания (прогрессивный паралич, сифилис мозга, старческое слабоумие и пр.), при других же заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, пресенильные психозы) патолого-анатомические изменения постоянны, но не настолько характерны или, лучше сказать, не настолько изучены, чтобы гарантировать точную анатомическую диагностику во всех случаях.

Помимо определения сущности процесса, лежащего в основе заболевания, что важно для нозологической концепции данного психоза, патологическая анатомия имеет еще своей задачей опре-

деление места заболевания, т. е. локализацию психических расстройств, что важно для суждения об особенностях патопластики данного заболевания, той внешней картины, в которой выражается болезнь благодаря поражению тех или иных центров или систем. Впрочем, учение о локализации психических функций ■ их расстройств до сих пор очень мало разработано, что, конечно, зависит от огромной сложности этой проблемы. Лишь за последнее время достигнуты некоторые успехи в этом направлении. Благодаря развитию архитектоники мозга удалось установить, что мозговая кора анатомически неоднородна ■ состоит из большого числа центров — полей, резко отграниченных одно от другого [Бродман, Фогт (Vogt) и др.]. Этой анатомической обособленности полей соответствуют и их физиологические различия. Развитие учения об анатомических локализациях в мозговой коре дает таким образом базу для установления локализации функций и их расстройств, при этом помимо значения определения поражения полей отмечается также важность установления изменений в отдельных слоях коры. В этом смысле положено начало развитию патоархитектоники коры, учитывающей расположение в мозгу анатомических изменений. Конечно, при изучении мозговых локализаций нужно иметь в виду, что те или иные психические функции локализованы не в определенном поле или слое коры и что их анатомическим субстратом являются, несомненно, целые системы, состоящие из ряда центров и связывающих их путей, причем эти центры находятся не только в коре, но и в других частях мозга; такая локализация в целых системах получила название **топистики**.

При истолковании патологических изменений, находимых нами в определенных местах мозга при различных психозах, требуется большая осторожность в смысле определения связи расстройства функций с данным пораженным местом; при этом следует иметь в виду следующее: 1) так как психические функции связаны с целостью сложных систем, то их расстройство может зависеть от поражения различных звеньев этих систем, т. е. различных участков мозга; 2) при поражении отдельных центров и систем расстраиваются не только соответствующие этим центрам функции, но также и функции других центров, так или иначе связанных с пораженным местом, и получается **дислокация функций** таких систем, которые непосредственно не поражены. При этом связи отдельных частей нервной системы таковы, что выпадение функций одного центра может растормаживать или расстраивать функции других участков мозга в различной степени, результатом

чего являются дальнейшие изменения мозговой деятельности; 3) в случае поражения тех или иных центров и систем может происходить компенсация функций другими участками мозга, что затемняет непосредственное значение пораженного места в расстройстве данной функции. Все эти соображения, не говоря уже о технической трудности подробного исследования всех областей мозга, делают весьма затруднительным установление связи определенных психических расстройств с той или иной локализацией.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Если принято называть туберкулез и сифилис социальными болезнями, то с таким же правом это название применимо к психическим заболеваниям, которыми поражаются не только отдельные индивиды, но отчасти и их потомство, и которые весьма существенно нарушают народное здоровье.

На основании имеющихся в настоящее время статистических данных можно считать, что число душевнобольных в узком смысле слова приблизительно равно 3—4 на 1 000 населения; меньшие числа, получавшиеся при более старых вычислениях, и также среди некультурных народов, повидимому, зависят главным образом от неточности данных. Несомненно, что во время войны и народных потрясений число психических заболеваний увеличивается. Далее, повидимому, в городском населении число душевнобольных больше, чем в деревенском, что в значительной степени зависит от большей возможности травматизации психики и, вероятно, от большего распространения сифилиса и алкоголизма. Кроме того, важно иметь в виду, что в указанное выше число душевнобольных не входит число эпилептиков, у которых психические изменения не на первом плане (их нужно считать от 1 до 2 на 1 000), а главное — масса пограничных состояний — психопатов и легких форм отсталости; психопаты и легкие олигофрены, без резких границ соприкасающиеся с нормой, не могут быть точно учтены, и их статистика до сих пор даже в культурных европейских странах в сущности отсутствует; их во всяком случае больше, чем психически больных в узком смысле этого слова.

Огромное значение экзогенного фактора в этиологии психических болезней преимущественно определяет то направление, в котором должна развиваться профилактика психических заболеваний, имеющая тем большее значение, что лечение уже развившихся заболеваний и слишком длительно и очень часто безнадежно. Основные вредные моменты, являющиеся причиной психи-

ческих заболеваний, в конечном счете те же, с которыми приходится иметь дело и в этиологии соматических болезней. Сифилис, алкоголизм, туберкулез, острые инфекции, профессиональные отравления и травмы — все эти вредности, с которыми приходится бороться в общей профилактике, являются также факторами, поражающими нервную систему. Таким образом, психопрофилактика и психогигиена, ■ известной своей части, совпадают с общей профилактикой и гигиеной. Следует лишь добавить, что психопрофилактика имеет ■ некоторые специальные задачи, которые тем более широко разворачиваются, что, помимо душевных заболеваний в собственном смысле, как уже упоминалось, мы должны принимать во внимание и более легкие психические отклонения, пограничные состояния, чрезвычайно распространенные и требующие профилактических мероприятий. Такие легкие психические изменения требуют тем большего внимания, что они понижают сопротивляемость организма и увеличивают предрасположение к более тяжелым психическим заболеваниям при неблагоприятных условиях.

Итак, помимо общих профилактических мер в смысле борьбы с сифилисом, алкоголизмом, инфекциями и пр., специальные профилактические и психогигиенические мероприятия должны в особенности разворачиваться по следующим линиям:

1) Психопрофилактика и психогигиена в школе. Прежде всего имеет большое значение правильный отбор детей в школу; помещение в массовую школу отсталых детей или тяжелых психопатов нередко их травмирует и еще больше ухудшает их состояние. С другой стороны, наличие такого элемента в школе оказывает вредное влияние на здоровых детей; таким образом планомерное обследование детей, поступающих в школу, и направление аномальных в специальные учреждения имеет большое профилактическое значение. Далее при самой работе в школе соответствующее распределение нагрузки, правильная смена труда и отдыха, не говоря уже об общих гигиенических мероприятиях, а также периодическое психоневрологическое обследование детей диктуются профилактическими соображениями.

2) Профессиональная ориентация имеет значение особенно для подростков; ошибочный выбор профессии; не соответствующей силам и способностям субъекта, неблагоприятно отражается на его психическом здоровье. Если профориентация имеет значение по отношению к здоровым, то тем более по отношению к патологическим личностям, для которых выбор профессии значительно суживается, ограничиваясь определенными видами труда,

соответствующими их особенностям. Конечно, при выборе профессии следует руководствоваться психическими и соматическими показаниями, в частности особенностями двигательной сферы, имеющей большое значение во многих отраслях труда. Таким образом, в профилактических целях очень важно устройство профконсультации, особенно для подростков, как нормальных, так и аномальных; такие консультации должны иметь место при диспансерах.

3) Охрана труда. При изучении профессиональных вредностей, помимо общих моментов, имеющих значение и для соматического ■ для психического здоровья (например, разного рода отравления), должно быть обращено особое внимание на правильную смену труда и отдыха, на рационализацию труда, имеющую значение как с производственной, так и с психогигиенической точки зрения. С целью своевременного распознавания нервно-психических расстройств необходимо периодическое, не только соматическое, но и психо-неврологическое обследование рабочих, особенно на вредных производствах. Важной задачей, еще далеко не выполненной, является изучение отдельных профессий с точки зрения их влияния на функции нервной системы и всего организма. Особенное значение имеют профилактические мероприятия в войсках в связи с особенностями быта солдат, их работы и специальных вредностей военного дела.

4) Оздоровление быта является наиболее трудной задачей; целый ряд заболеваний провоцируется бытовыми условиями. В частности, алкогольные отравления тесно связаны с бытом. Далее, тяжелые жилищные условия способствуют травматизации, особенно детского населения. Обследования на дому, санитарное просвещение, распространение психогигиенических знаний, организация разумных развлечений в связи с подъемом общего культурного уровня имеют одинаково важное значение для психической, как и для соматической профилактики.

5) Психопрофилактика в тюрьмах важна ввиду специальной вредности для психики тюремного быта и большого числа психических заболеваний среди заключенных; необходимо периодическое психоневрологическое обследование населения тюрем.

6) Борьба с социальной деградацией — с нищенством, проституцией, с беспризорностью — требует серьезного внимания с точки зрения психопрофилактики, так как среди такого элемента имеется всегда большое число аномальных личностей и самая социальная деградация пагубно действует на психическое здоровье. Необходимо всестороннее, в частности, психоневрологическое обследование, как предпосылка для правильного распре-

деления нищенствующих и беспризорных ■ соответствующие учреждения с трудовым режимом.

7) Своевременное лечение легких нервно-психических расстройств имеет большое профилактическое значение по отношению к предупреждению более тяжелых заболеваний.

Все упомянутые выше направления, по которым развертываются психопрофилактические и психогигиенические мероприятия, требуют приближения психоневрологической помощи к населению. Необходима специальная организация, ставящая своей целью профилактику нервно-психических заболеваний и лечение легких уклонений, не требующих помещения в больницу. С этой целью в последнее время организованы *учреждения диспансерного типа* во многих европейских странах. Особенное же значение организация невро-психиатрических диспансеров получила у нас ■ связи с общим профилактическим направлением советской медицины. (Голант, Мендельсон, Розенштейн, Шоломович и др.) Такие диспансеры ставят своей целью обследование коллективов, специальную профессиональную консультацию, обследования на дому, распространение психогигиенических знаний, амбулаторную лечебную помощь и, наконец, научную разработку материалов, касающихся нервно-психического здоровья населения данного района и мер борьбы с психической заболеваемостью; при диспансерах, кроме того, желательно устройство стационаров для помещения больных с кратковременными и нерезкими психическими расстройствами, для которых нет надобности помещения в психиатрические больницы. Эти же диспансеры или же отдельные учреждения аналогичного типа берут на себя задачу специальной борьбы с наркоманиями, особенно с алкоголизмом, связывая свою профилактическую и отчасти лечебную работу с общими социальными мероприятиями по борьбе с наркоманиями. По отношению к детскому населению ту же работу по диспансеризации с обследованием школ, детских садов и др. учреждений выполняют детские профилактические амбулатории и диспансеры; диспансеры могут быть связаны также с стационарными психоневрологическими школами-санаториями, там, где они имеются.

Наряду с организацией диспансеров имеет значение также налаженная у нас за последнее время организация районных и уездных психиатров; на их обязанности лежит надзор за психически больными, находящимися в семьях, помощь таким больным на дому, направление их в случае надобности в больницы, консультация с другими лечебными и профилактическими организациями по всем вопросам, касающимся психиатри-

ческой помощи населению данного района. Районные и уездные психиатры находятся в тесной связи с психиатрическими больницами и диспансерами. Наконец, самые психиатрические больницы, имея основной задачей лечебную помощь, также должны быть центрами диспансерной работы в ближайшем районе.

Психиатрические больницы могут быть двух типов: лечебницы — преимущественно для острых больных — и колонии — для хроников, которые устраиваются за городом в условиях, где возможна организация не только мастерских, но и сельскохозяйственных работ. Возможно, однако, и в большинстве случаев практикуется у нас, соединение обоих типов в одном и том же учреждении.

Необходимость иметь значительное количество отделений для различных категорий психически больных, дороговизна оборудования для длительного их лечения и пребывания заставляют предпочитать устройство крупных учреждений на 300—1 000 больных, обслуживающих значительный по населению район. Большое число отделений, имеющих в крупных больницах, очень важно не только вследствие разнообразия внешних проявлений психических болезней и необходимости различного режима, но еще и потому, что один и тот же больной в различных состояниях требует различных мер ухода и лечения; у хроников, пользующихся свободным режимом, возможны временные обострения, требующие перевода в соответствующее отделение; некоторые больные за время своего пребывания в больнице проходят чуть ли не через все ее отделения.

В психиатрических больницах необходимы следующие отделения: 1) наблюдательное для вновь поступающих и острых больных; эти отделения имеют преимущественно лечебное значение и должны быть оборудованы достаточным количеством ванн, необходимой аппаратурой и пр.; 2) отделение для беспокойных острых больных; 3) отделение для выздоравливающих; 4) отделение для беспокойных хроников; 5) отделение для спокойных работающих хроников; обычно устраивается два таких отделения — для требующих большего надзора — закрытые и для больных с совершенно свободным выходом — открытые; 6) отделение для слабых больных; 7) отделение для эпилептиков в тех случаях, если для них не устраивается особого учреждения; обычно, особенно в провинции, они помещаются в общих психиатрических больницах; 8) инфекционное отделение, которое необходимо потому, что не всякого психически больного в случае инфекции можно переводить в соответствующие соматические больницы.

Помимо всех этих отделений (конечно, для каждого пола отдельно), при больницах организовывается патронаж: спокойных хроников помещают ■ семьи, где они живут ■ условиях домашней обстановки и обычно работают, помогая своим хозяевам; при этом, конечно, патронажные больные находятся под надзором особого персонала (надзиратели, врачи), посещающего больных ■ следящего за состоянием их здоровья, за условиями их жизни и пр. В случае ухудшения больные возвращаются в больницу. Наиболее целесообразны деревенские патронажи вблизи психиатрических больниц, но устраиваются также и городские патронажи. Патронаж очень показан для многих больных, создавая для них домашнюю обстановку среди здоровых людей, вне стен больницы, длительное пребывание в которой имеет свои отрицательные стороны, особенно в смысле отчуждения от внешнего мира; кроме того, содержание больных спокойных хроников в патронаже значительно экономнее, чем в больницах. Конечно, необходима индивидуализация, имеются категории больных спокойных хроников, которые не уживаются в патронаже и которых приходится держать в соответствующих отделениях больницы.

В составе психиатрических больниц могут быть детские психиатрические лечебницы, если они не организованы совершенно отдельно, что более желательно. Во всяком случае детские отделения должны быть в особом помещении и ■ них должна быть организована специальная педагогическая работа.

Психиатрические больницы должны обладать достаточным участком земли (для огородных и прочих сельскохозяйственных работ), а также разнообразными мастерскими. Наиболее подходящим типом постройки являются павильоны. Больница должна быть за городом, но все же недалеко от города и с хорошим сообщением, что необходимо и для удобства подвоза больных, и для связи с другими организациями, и с точки зрения интересов снабжения больницы.

Внутренний режим в психиатрических больницах находится в зависимости от состава больных и, следовательно, различен в разных отделениях. В общем, следует сказать, что в настоящее время внутренний распорядок в психиатрических больницах мы стремимся как можно более приблизить к соматическим больницам. Решетки, запирающие больных на замок в изоляторе, связывание и пр. атрибуты полутюремного режима старых „сумасшедших домов“ изгнаны из обихода. Но все же известное различие между режимом психиатрических и соматических больниц имеется и в настоящее время и должно считаться неизбежным. Это различие

связано со следующими обстоятельствами: 1) с более длительным течением психических болезней и необходимостью более длительного пребывания больных в учреждении; 2) с тем обстоятельством, что больные могут быть опасны для себя и окружающих и 3) с тем, что психически больной может быть помещаем ■ задерживаем в учреждении помимо его желания. Эти обстоятельства требуют особой организации надзора ■ психиатрических больниц, тщательность которого необходима для безопасности больных и окружающих (дневное и ночное дежурства персонала, изъятие из обращения всякого рода предметов, могущих оказаться опасными в руках больных, и пр.).

Указанные выше числа, касающиеся количества психически больных, служат основой для организации соответствующего числа больниц и коек ■ них. Как известно, ■ Англии, Шотландии до 90% всех психически больных находят себе место в психиатрических учреждениях; в Германии ■ других средне-европейских странах 60—70%, у нас — до войны около 10%, в настоящее время всего 5%. Конечно, это указывает на резкий недостаток у нас числа коек для психически больных, ■ необходимость их увеличения очевидна. Если даже принять во внимание, что некоторая часть более легких психических уклонений, несомненно, может быть обслуживаема диспансерами (что и более экономно и более целесообразно), то все же мы стоим перед необходимостью большой работы по устройству и организации значительного числа новых психиатрических больниц.

Помимо психиатрических больниц и диспансеров, необходимы еще стационарные учреждения для пограничных случаев — для лечения психоневрозов. Для этих категорий больных (главным образом в случаях обострений и ухудшений) нужны *учреждения санаторного типа*, но с организацией надзора, необходимого и для таких больных, ввиду возможности самоубийств, различных эксцессов и пр., а также со специальным оборудованием для гидротерапии, физкультуры и трудовых процессов (мастерские и пр.). Для детей, психопатов и невротиков устраиваются аналогичные психоневрологические школы-санатории, где специальный санаторный режим соединяется с лечебно-педагогическими мероприятиями. Для наркоманов в более тяжелых случаях, помимо амбулаторно-диспансерной помощи, также необходимо стационарное лечение, которое осуществляется в особых учреждениях с трудовым режимом преимущественно колониального типа.

Наконец, следует еще иметь ввиду необходимость *учреждений для опасных психически больных преступников*. Конечно, как

экспертиза по определению психических заболеваний у обвиняемых, так и содержание психически больных ■ качестве меры социальной защиты во многих случаях возможны и фактически осуществляются в обычных психиатрических больницах. Однако ■ крупных центрах, где накапливается большое количество подсудимых, организуются особые институты для психиатрической экспертизы, так как помещение большого числа преступного элемента в обычные психиатрические больницы, несомненно, расстраивает жизнь последних, заставляя идти на нежелательные изменения режима ■ внутреннего распорядка в учреждении. Вообще следует иметь ввиду, что лишь незначительная часть совершивших преступления психически больных или психически заболевших преступников представляют особую опасность для окружающих. Этот элемент, несомненно, требует помещения ■ особые условия — психиатрические отделения при тюремных больницах или же, при необходимости длительного пребывания, ■ особые учреждения колониального типа.

Наконец, мы должны подчеркнуть важность единого плана организации психиатрической помощи населению, важность профилактических и психогигиенических задач, необходимость благоустроенных и достаточных по пропускной способности психиатрических больниц, связанных с широкой организацией диспансеров, близких к населению. В конечном счете, психиатрическая организация, помимо лечения больных, совместно с общепрофилактическими и социально-гигиеническими мероприятиями стремится к оздоровлению населения и к улучшению человеческой породы, т. е. к евгенике.

Методы лечения. Переходя к вопросу о методах лечения ■ собственном смысле, применяемых в психиатрии, мы здесь остановимся лишь на некоторых мероприятиях общего характера, так как частности найдут себе место при описании отдельных болезней и форм. Самая организация психиатрического учреждения является лечебной мерой, предоставляя больному спокойную обстановку и удаляя его из тех вредных условий, в которых он находился и которые нередко были главной причиной самого заболевания. Далее, из лечебных мероприятий по отношению к ряду беспокойных и острых больных большое значение имеет постельный режим, при котором сохраняются силы больного и достигается его успокоение, а также облегчается возможность правильного ухода и надзора. Не менее важное значение имеют ванны, особенно для беспокойных и для депрессивных больных. В некоторых случаях показаны длитель-

ные ванны, когда больной проводит в них почти весь день. Для хроников, а также для санаторных больных чрезвычайно важна рабочая терапия, организация труда, дающая возможность больным сохранить и укрепить свои активные силы и не порывать той связи с внешним миром, которая устанавливается трудовым режимом.

Что касается органотерапевтических и лекарственных средств, то их применение будет указано при описании отдельных болезненных форм.

Психотерапия. Всякий врач, поскольку он находит контакт со своим больным, занимается психотерапией. Не говоря уже об области психогенных заболеваний, надо иметь в виду, что и при грубо соматических болезнях имеются психические наслойки, которые поддаются психотерапевтическому влиянию.

Психотерапевтические методы можно разбить на три категории: несистематизированная психотерапия, систематизированная, но без определенных теоретических обоснований и, наконец, теоретически обоснованная. К первой категории относятся: *„простое собеседование“* с больным, причем больной должен проникнуться убеждением, что ему уделено полное внимание и забота; *изменение условий жизни* — удаление из домашней обстановки, помещение в санаторий, где должен проводиться мягкий, но настойчиво-строгий, правильный режим. Здесь надо иметь в виду, и это относится ко всей психотерапии, что показания к такого рода лечению требуют большой индивидуализации; в частности, при помещении в санаторий надо иметь в виду и возможное дурное влияние окружающих больных. К этой категории относится и упомянутая выше *рабочая терапия*, приобретающая в настоящее время все большее значение. Нецелесообразное предложение „отдохнуть“ нередко сказывается вредно, особенно там, где больные „бегут в болезнь“ (истерия, конституциональная нервность); работа должна соответствовать образованию и профессии больного.

Ко второй категории относятся: метод внушений и гипноза, метод убеждений. *Метод внушений.* Мы различаем два способа внушений: наяву (=внушение) и во сне (=гипноз). В чистом виде внушение производится вербально, т. е. на словах; многие подкрепляют внушение фарадизацией, у более чувствительных больных — поглаживанием по лбу и пр. Внушение должно производиться монотонно, уверенно, с соблюдением ясного плана речи, которая состоит из приказов, убеждений и разъяснений. Проводить внушение целесообразнее в один

сеанс. Показанием для внушения служат: прежде всего истерия с грубыми соматическими симптомами (параличи, расстройства чувствительности, мутизм ■ пр.); менее показаны те случаи, где имеются более тонкие расстройства: головные боли, расстройства сна. Гипноз начинают со словесного внушения; больному в императивной форме говорят, что у него тяжелеют веки, что он засыпает. Внушение подкрепляется фиксированием внимания гипнотизируемого на определенный предмет, который держат перед его глазами или же равномерным поглаживанием по лбу. Пробуждение тоже происходит путем внушения: больному говорят, что после того, как сосчитают 1, 2, 3, он на „три“ должен проснуться. Различают легкие степени гипноза (гипнотизируемому кажется, что он не спит, но что он находится в состоянии абсолютного покоя) и глубокий гипноз, сопровождающийся каталепсией, аналгизией, когда возможно внушить различного рода поступки, галлюцинации и пр. Внушение, которое должно осуществиться после сеанса гипноза, носит название постгипнотического внушения. Чрезвычайно любопытно, что если такое внушение коснется поступков, противных этике гипнотизируемого (напр., совершить преступление), то оно не удастся. Между прочим, внушение лицам подозрительным в этическом отношении или же с повышенной сексуальностью лучше производить в присутствии свидетелей, так как нередки случаи обвинения врача в изнасиловании и т. п. Сеансу должно предшествовать объяснение смысла гипноза. Разъясняют, что при гипнозе нет никаких сверхъестественных „фокусов“, что все дело заключается в сужении сознания и концентрации внимания со стороны гипнотизируемого, и что успех сеанса зависит больше от него, чем от гипнотизера. Гипноз проводится в несколько сеансов. Применяют гипноз при истерических припадках, расстройствах сна, функциональных расстройствах половой сферы, при заикании, наркоманиях и т. д. Глубокому гипнозу поддается 15%, легкому же — если нет сознательного противодействия — почти все гипнотизируемые. Первая неудача не должна врача смущать. В отдельных случаях пользуются гипнозом для того, чтобы вызвать так наз. гипермнестическое состояние (расширение пределов памяти), и извлечь забытые, анамнестические данные. Этот метод не безопасный, так как нередко ведет к истерическому сумеречному состоянию. Большой интерес представляет вопрос о применении гипноза (и вообще психотерапии) при органических страданиях нервной системы. Имеются экспериментальные данные, что отрицать такую возможность нельзя. Так, например, Бауэр и Шильдер (Bauer, Schil-

der) показали, что с помощью гипноза можно воздействовать на так наз. можжечковый симптом Барани; мы знаем также, что энцефалитические акинезы поддаются гипнотическому воздействию. В последнее время произведены очень интересные опыты с гипнотическим влиянием на желудочную секрецию, на газообмен.

Метод убеждений или метод *рациональной психотерапии* по Дюбуа (Dubois) является воскрешением сократовского метода воздействия путем логики, диалектики. При этом методе предполагается тщательное соматическое обследование, чтобы возможно было убедительно доказать, что данный симптом (напр., сердцебиение) не есть органический, ■ связан с тем или другим общими компонентами, как душевный конфликт, сексуальная травма и прочее.

К психотерапии относится и так наз. отрицательная психотерапия, заключающаяся в сознательном игнорировании проявлений болезни, что иногда особенно благотворно действует при истерии.

К третьей категории относится *психоаналитический метод*. Фрейд предложил для истерии, а затем и для других психоневрозов (а его ученики — для психозов вообще) теорию, которая кладет в основу этих заболеваний аффективно-окрашенные сексуальные травмы детства. С течением времени воспоминание травмы исчезает, оставаясь в „подсознании“, аффекты же сочетаются с комплексными представлениями, имеющими более или менее отдаленное отношение к травме и создают психоневроз. Эта пансексуальная теория встретила жестокую критику. В последнее время Фрейд ввел в нее изменения, в согласии с чем вся психическая жизнь базируется на двух принципах: принцип удовольствия, биологически более старый, и принцип реальности. Первый принцип — более широкий, чем сексуальность, — это принцип грубого эгоистического удовлетворения своих желаний. По мере развития человека и человечества он постепенно уступает место второму принципу; человек научается жертвовать наслаждениями момента во имя будущего. Второй принцип не уничтожает первого, а вытесняет его в подсознание, откуда он может проникнуть в сознание, преодолев так наз. цензуру. Чтобы обмануть бдительность цензуры, вытесненное в подсознание должно облачить себя в другую форму, должно символизироваться. Так, во сне, где цензура менее бдительна, вытесненное проделывает так наз. сгущение, т. е. объединение разных элементов в одно и смещение — когда важное отодвигается на задний план и наоборот. Психоанализ ставит своей

задачей извлечь из подсознания тот материал, который, как бы являясь чужеродным телом, занозой, ведет к психоневрозу. Чтобы вскрыть этот материал, психоанализ пользуется сновидениями больного; к этому исходному материалу больному предлагают производить ассоциативные сочетания, причем он должен говорить все, что приходит в голову, без всякой критики. На определенных местах ассоциативного материала отмечаются паузы, провалы, являющиеся результатом сопротивления со стороны больного. То, что выявляется ■ ассоциациях непосредственно после этих пауз, ■ есть самое значительное, т. к. оно отражает подсознательный материал. Таким образом, дается возможность распознать ■ толковать сновидения, ■ через них „подсознательное“ и весь механизм психической жизни. Эта теория встретила ряд возражений, особенно в отношении сексуально-травматического происхождения психоневрозов. Сексуальные травмы можно отметить почти у всех детей, и нужно было бы, если стать на точку зрения Фрейда, удивляться, что число психоневротиков так незначительно. Далее, психоаналитики путем длительных и томительных экспериментов с больным вскрывают то, что им заранее известно и что не-психоаналитикам удастся иногда значительно более простыми мерами. Получаемый фрейдистами материал ■ большинстве случаев оказывается сексуального содержания; так, К. Мендель насчитал, что около 900 разных предметов являются в этом толковании символами половых органов, coitus'a. Далее, фрейдисты выводят сопротивление из пауз, но такое заключение возможно лишь тогда, когда имеется предпосылка в отношении системы и механизма сопротивления, на самом же деле гипотеза о цензуре, сопротивлении предшествовала расшифровке свободных ассоциаций ■ пропусков; следовательно, получается логический круг. Далее: так как ассоциации бесконечны, то психоаналитику приходится обрывать их в наиболее подходящем месте, где имеется „узловой пункт“, но это в значительной мере есть вмешательство в так наз. свободные ассоциации. Таким образом, психоанализ в значительной степени не вытекает из эмпирических фактов. В качестве предпосылки принимается то, что требует доказательств; так наз. свободные ассоциации протекают несвободно, так как всегда заметно —вольное или невольное — влияние испытующего, имеющего свои цели. Смещение и сгущение дают широкое поле для спекулятивного толкования. Непонятно также, почему вытесненные в подсознание аффективные представления должны иметь вредное действие, будучи же извлечены из подсознания, должны давать полезный эффект. Мы неоднократно наблюдали

случаи, когда извлечение сексуальной травмы вызывало тяжелые депрессии с идеями самообвинения, греховности, либо же резкое сексуальное возбуждение. Следует ли отсюда, что мы вовсе отрицаем психоанализ? Как анализ психической жизни учение это имеет несомненные заслуги, влияние Фрейда как автора философско-психологической концепции огромно и сказывается даже на отчаянных противниках его, вплоть до Крепелина. Если Фрейд делает слишком большой акцент на сексуальности, то он все же меньше грешит, чем те, которые вовсе игнорируют сексуальные механизмы; его учение о детской сексуальности имеет непреходящее значение. Оспаривать придется психоанализ главным образом как психотерапию, применение его надо считать по крайней мере преждевременным. Несомненные терапевтические успехи Фрейда не должны никого удивлять и служить доказательством в пользу этого учения. Они могли зависеть от крупного влияния личности самого Фрейда; пожалуй, нет такого метода, особенно если больному уделяется много времени, который не дал бы психотерапевтического эффекта.

Заканчивая рассмотрение психотерапевтических методов, мы должны подчеркнуть, что все они не безразличны, что они могут принести не только пользу, но и вред, а потому требуют индивидуального подхода, тщательного предварительного исследования больного и во всяком случае могут применяться лишь врачом-специалистом. Далее, важно иметь в виду, что эти методы не должны применяться изолированно, а должны быть тесно связаны с другими терапевтическими мероприятиями, учитывающими не только психические, но и соматические особенности больного. Наконец, необходимо помнить, что психотерапия занимается лечением симптомов, а не болезни в целом.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ.

Психическое расстройство, нарушая поведение больного и его отношения с окружающей средой, резко изменяет его правовое положение. Необходимость принудительного лечения во многих случаях, наложения опеки и охраны имущественных прав больного, невозможность применения обычных мер социальной защиты в случае совершения преступления психически больным — все эти вопросы имеют большое юридическое значение и требуют заключения — экспертизы психиатра. Самое помещение душевнобольного в психиатрическую больницу, часто против его желания, является, несомненно, нарушением его гражданских прав. Поэтому в некоторых странах закон предусматривает особую процедуру при помещении в больницы. Фактически однако случаи незаконного помещения в психиатрические больницы чрезвычайно редки, даже на Западе, где много частных лечебниц, и тем более у нас, где почти исключительно имеются общественные больницы, между тем обставлять каждое помещение душевнобольного, помимо психиатрического исследования, еще какой либо процедурой с участием судебных и административных органов — это значило бы замедлять помещение больного, что во многих случаях может иметь вредные последствия и для него самого и для окружающих. Поэтому, нельзя не считать совершенно достаточной гарантией против незаконного помещения в психиатрические больницы статьи 148 Уголовного кодекса, которая налагает наказание за „помещение в больницы для душевнобольных заведомо здорового человека из корыстных или иных личных целей“. В случаях каких-либо сомнений, может быть назначено освидетельствование больного при здравотделе с участием специалистов. Гораздо более затруднителен вопрос о принудительном лечении психопатов и особенно наркоманов, в частности алкоголиков, не совершивших преступления, если их поведение может стать опасным для них самих и для окружающих. Для их принудительного помещения

в специальные учреждения, конечно, необходимо соблюдение известных формальностей: соответствующие инструкции по отношению к принудительному лечению общественно-опасных алкоголиков выработаны Наркомздравом совместно с Наркомюстом ■ Наркомвнуделом лишь в самое последнее время, согласно постановлению Совнаркома от 11/IX 1926 года.

Длительные психические заболевания нередко требуют наложения опеки для защиты личности больного ■ его интересов (по Кодексу законов о браке, семье и опеке). Вместе с тем Гражданский Кодекс объявляет недееспособными лиц, если они „вследствие душевной болезни или слабоумия не способны вести свои дела“ (ст. 8); поэтому „недействительна сделка, совершенная лицом, вполне лишенным дееспособности или временно находящимся в таком состоянии, что оно не может понимать значения своих действий“.

Возможность совершения преступления в состоянии психической болезни предусмотрена судопроизводством ■ Уголовным кодексом. Вопрос о психическом здоровье обвиняемого может быть поставлен как во время предварительного следствия, так ■ на судебном заседании. В нашем Уголовно-процессуальном кодексе ст. 196 — 201 определяют обязанности следователя — при наличии в деле указаний на невменяемое состояние обвиняемого во время совершения преступления или на болезненное расстройство душевной деятельности, возникшее после совершения преступления, — вызывать экспертов, собирать необходимые сведения о состоянии здоровья подсудимого и направлять дело ■ суд с своим заключением. Суд в распорядительном заседании постановляет о приостановке дела до выздоровления подсудимого или о полном прекращении дела. Если данных у суда недостаточно, он может вынести определение о помещении обвиняемого для экспертизы в психиатрическую больницу и только после экспертизы решается вопрос о прекращении или продолжении дела. Ст. 298 и 300 У. П. К. определяют участие эксперта во время самого судебного разбирательства. Ст. 321 и 322 указывают, что „в случаях когда во время предварительного ■ судебного следствия возникает вопрос о вменяемости подсудимого... суд обязан поставить на свое разрешение вопрос о вменяемости... и может вынести постановление о прекращении дела или о приостановлении его до выздоровления подсудимого“. Руководящей статьей Уголовного кодекса редакции 1926 г. является ст. 11, которая гласит: „Меры социальной защиты судебно-исправительного характера не могут быть применяемы в отношении лиц,

совершивших преступление в состоянии хронической душевной болезни, или временного расстройства душевной деятельности, или в ином болезненном состоянии, если эти лица не могли отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, равно и в отношении тех лиц, которые хотя и действовали в состоянии душевного равновесия, но к моменту вынесения приговора заболели душевной болезнью. К этим лицам могут быть применяемы лишь меры социальной защиты медицинского характера. Примечание: Действие настоящей ст. не распространяется на лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения". Сообразуясь с этой статьей, суд, следовательно, не просто прекращает или откладывает дело, если подсудимый психически болен, но входит в обсуждение необходимости принятия по отношению к подсудимому мер социальной защиты (ст. 26 У. К. и 322 У. П. К.) — медицинских или медико-педагогических (для несовершеннолетних). Мерами социальной защиты медицинского характера являются: а) принудительное лечение, б) помещение в лечебное заведение в соединении с изоляцией (ст. 24 У. К.); мерами медико-педагогического характера являются: отдача на попечение родственникам и помещение в специальные лечебно-воспитательные учреждения (ст. 25 У. К.). Меры медицинского и медико-педагогического характера не только могут быть приняты вместо мер социальной защиты судебно-исправительного характера, но и в дополнение к последним (ст. 26 У. К.). Таким образом наше законодательство достаточно точно определяет положение психически больного, совершившего преступление, и меры социальной защиты по отношению к нему; нет однако полной ясности относительно пограничных случаев — психопатов и наркоманов. Правда, ст. 26 дает достаточный простор суду, для применения мер медицинского характера всюду, где не применимы обычные судебно-исправительные меры. Равным образом и ст. 48 У. К., устанавливающая смягчающие обстоятельства для лиц, совершивших преступления под влиянием сильных душевных волнений, также может быть практически применима к психопатам; однако все же была бы очень важна более ясная и подробная разработка законоположений, касающихся психопатических личностей.

Ограничиваясь этими общими данными, касающимися правового положения психически больных и аномальных, мы в частной патологии при описании некоторых важнейших болезненных форм будем останавливаться и на их судебно-психиатрическом значении.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

В настоящее время в психиатрии является общепринятой классификация психических расстройств, принадлежащая Крепелину. Эта классификация называется нозологической и основана на учете этиологии, симптоматологии, течения, прогноза и патологической анатомии психических заболеваний, учете, требующем всестороннего биологического исследования и клинического изучения больного. Из факторов, определяющих патологическую сущность заболевания, первенствующее значение имеет этиология, так как ею определяется тенденция соответствующих болезненных уклонений — и течение, и исход, и патолого-анатомические особенности. Поэтому деление этиологических факторов на эндогенные и экзогенные в значительной мере определяет и основную группировку психических расстройств. Экзогенные факторы ведут к болезненным процессам, имеющим определенное начало и конец и поражающим более или менее здоровый до начала заболевания организм; процессы основаны на поражении мозгового вещества и на болезненных изменениях во всем организме, дающих определенные патолого-анатомические изменения. Эндогенные факторы иногда тоже могут быть основой для развития прогрессивных болезней (эпилепсия, шизофрения), но в большинстве случаев они являются причиной аномалий, т. е. психических уклонений от нормы, свойственных субъекту, с некоторыми колебаниями, от начала до конца его жизни и выражающихся не в разрушении мозгового вещества, а лишь в его особенностях, которые в большинстве случаев ускользают от анатомического определения.

Таким образом в основу классификации психических болезней кладется патогенез, т. е. происхождение и связанная с ним сущность заболевания. Что же касается внешних проявлений болезни, зависящих от различных добавочных моментов, которые могут влиять на картину заболевания, то эти проявления, составляя патофизику психозов, имеют второстепенное значение для группировки, так как одни и те же внешние признаки могут

быть при различных по существу заболеваниях и, наоборот, ■ отдельных случаях одной и той же болезни возможна разная патопластика. Следует иметь в виду, что нозологическая (т. е. преимущественно этиологическая, основанная на патогенезе) классификация психических уклонений до сих пор не может быть проведена в полной мере по всем заболеваниям, так как основы, на которых зиждется такая группировка, для некоторых психических изменений до сих пор не выяснены. Постепенно, однако, в этом отношении восполняются пробелы и с указанной оговоркой классификация Крепелина является все же единственной научно-обоснованной в настоящее время.

СХЕМА КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ.

- I. Психические расстройства, связанные с заболеваниями внутренних органов. Симптоматические психозы. Эндокринопатии.
- II. Инфекционные психозы.

А. Острые инфекционные психозы без непосредственной мозговой локализации.

- 1) Симптоматические психические расстройства.
- 2) Экзогенные формы реакции: аменция, послеинфекционные состояния слабости.

Б. Психические расстройства после острых инфекций с непосредственной мозговой локализацией.

В. Изменения характера после острых инфекций.

Г. Психические расстройства в связи с подострыми и хроническими инфекциями с мозговой локализацией.

- 1) Инфекционная хорея.
- 2) Эпидемический энцефалит.
- 3) Сифилис мозга. Прогрессивный паралич.
- 4) Множественный склероз.

Д. Психические изменения в связи с хроническими инфекциями и пр. болезнями без прямой мозговой локализации.

- III. Психические изменения в связи с травмами и другими тяжелыми поражениями мозга.

А. Экзогенные поражения (сотрясения мозга, контузии и пр.).

Б. Эндогенные поражения, опухоли, туберозный склероз и пр.).

- IV. Психические изменения в связи с отравлениями: алкоголизм, кокаинизм, эрготизм и пр.

- V. Психозы возраста обратного развития: старческое слабоумие, артериосклероз, пресенильный психоз.
- VI. Эпилепсия. Эпилептиформные реакции.
- VII. Шизофрения. Парафрения.
- VIII. Маниакально-депрессивный психоз.
- IX. Параноя.
- X. Реактивные изменения психики (психогении): неврастения, примитивная психогения, реактивная депрессия, вазомоторно-эндокринные реакции, шизоидные реакции, истерия.
- XI. Пограничные состояния (психоневрозы).
- А. Врожденные болезненные состояния:
- 1) конституциональная нервность;
- 2) психастения;
- 3) расстройства влечений (импульсивное помешательство).
- Б. Психопатические личности (психопатии — в тесном смысле):
- 1) циклоиды;
- 2) шизоиды;
- 3) эпилептоиды (возбудимые, с повышенными влечениями, антисоциальные);
- 4) реактивно-лябильные (истероиды, неустойчивые, лгуны и фантасты).
- XII. Олигофрения.

Приложение.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

История болезни в основных чертах составляется так же, как и в других отделах медицины, но отдельные части имеют свои особенности. Анамнез играет в психопатологии исключительно большую роль. Мы различаем два вида анамнеза: субъективный — со слов больного и объективный — со слов окружающих. Обыкновенно только сопоставление этих двух анамнезов позволяет делать те или иные выводы. Опрос больного лучше всего начинать с соматической сферы, переходя постепенно к психике; в противном случае, в особенности при отсутствии опыта, мы можем неудачными вопросами вызвать недовольство и даже сопротивление больного. В анамнезах необходимо особо подчеркнуть несколько моментов: данные наследственности, данные соматического развития в детском и пубертатном возрасте, профессиональную успеваемость, характер до и после заболевания, начало и развитие болезни. При оценке данных, получаемых от родствен-

ников, необходимо иметь в виду, что иногда самое невинное событие приводится в причинную связь с данным заболеванием. При составлении анамнеза, который охватывает по возможности всю жизнь больного (в сущности это не история болезни, а история личности), врачу необходимо все время твердо руководить беседой, а не зависеть от больного. Кроме физического статуса, особенно подробно надлежит описывать психический статус, отмечая поведение больного. В отдельных случаях приходится точно записывать характерную словесную продукцию больного. Ввиду длительного течения психозов и перемен в состоянии болезни важно вести подробный дневник. Наконец, большую роль играет так наз. катамнез, т. е. составление сведений о состоянии больного после выздоровления от данного приступа.



ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ.

В общей части, в главе об этиологии, мы уже упоминали о том, что деление на экзо- и эндогенные факторы условно, имеет лишь практическое значение. Факторы, которые мы отнесли к группе эндогенных, ■ именно: болезни внутренних органов и желез внутренней секреции, являются в то же время экзогенными по отношению к мозгу, т. е. экзоцеребральными. Экзогенные и экзоцеребральные факторы, несмотря на разнообразный характер, в общем дают ряд психических картин, которые Бонгефер назвал „экзогенный тип психической реакции“. Этот тип реакции дают, между прочим, так называемые симптоматические психозы, т. е. психозы, вызванные заболеванием внутренних органов и острыми инфекциями. Экзогенный тип реакции характеризуется бредом, эпилептиформным возбуждением, сумеречным состоянием, галлюцинозом, картиной спутанности (галлюцинаторной, кататонической или бессвязной), реже маниакальным возбуждением. Обычно эта психическая картина носит чисто эпизодический характер и лишь в более редких случаях развиваются состояния эмоционально-гиперэстетической слабости, амнестические явления по типу корсаковского синдрома, острый бред. Однообразие психической картины объясняется тем, что экзогенные и экзоцеребральные факторы могут действовать не прямо на мозг, а через посредство „промежуточных этиологических звеньев“ (продукты обмена веществ и т. д.). В этих случаях получается под влиянием данного фактора нарушение обмена веществ или деятельности эндокринных желез и уже соответствующие биохимические изменения влекут за собой расстройство нервной системы в виде психических реакций.

Если вопрос о клинической целесообразности выдвинутой Бонгефером формы экзогенной реакции не подлежит больше оспариванию, то вопрос о связи этой реакции с чисто экзогенными факторами вызывает ряд сомнений. Сомнения эти возникают прежде

всего ■ связи с тем, что экзогенный тип реакции, будучи относительно независимым от индивидуального характера вредности, зависит от конституции заболевшего субъекта, ■ значит, от чисто эндогенного момента. По Клейсту (Kleist) некоторые субъекты обладают особым предрасположением к заболеванию симптоматическими психозами; перенося различные инфекционные заболевания, они неизменно каждый раз дают психотическую реакцию по типу Бонгефера. Но не только экзогенная форма реакции получает ту или другую окраску в зависимости от конституции, но и, наоборот, чисто эндогенные психозы могут приобрести „экзогенный оттенок“ в зависимости от состояния внутренних органов, заболевания сердца, почек и т. д.; поэтому экзогенный тип реакции мы встречаем эпизодически ■ при чисто эндогенных заболеваниях. Возможно, впрочем, что сами эндогенные заболевания связаны здесь с экзоцеребральными вредностями, автоинтоксикацией: например, сумеречное состояние при эпилепсии, галлюцинаторное возбуждение при кататонии, спутанность при маниакально-депрессивном психозе. С другой стороны, ряд эндокринных заболеваний, будучи экзоцеребральными, дают, психотическую картину как по типу экзогенной реакции, так и по типу эндогенных психозов, ряд же чисто экзогенных заболеваний дает нередко реакцию чисто эндогенного типа, например, меланхолическое состояние при прогрессивном параличе. Трудности, возникающие при делении на экзо- и эндогенные факторы, и дали основание Крепелину связать экзогенный тип реакции не с экзогенным фактором как таковым, а с быстротой развития заболевания, с острым течением, к которому ведут обычно эти факторы. При хроническом же течении, несмотря на наличие экзогенных факторов (интоксикация, прогрессивный паралич, сонная болезнь), мы имеем постепенные изменения личности, развивающиеся скорее по типу эндогенных психозов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.

Сердце. Резкое расстройство сердечной деятельности может вызвать психопатологический синдром, протекающий по типу экзогенной реакции. Чаще всего наблюдаются состояния возбуждения, связанные с чувством страха, делириозные симптомы; больной спутан, появляются иллюзорные, галлюцинаторные обманы чувств главным образом зрительного характера. Настроение преимущественно беспокойно-боязливое, реже веселое. Больной много говорит, часто бессвязно, куда-то стремится, кричит, стонет. Сон нарушен. Пульс неравномерный, дыхание ускоренное. Отеки, цианоз, увеличение пе-

чени, альбуминурия. Необходимо помнить, что в этой картине не всегда легко исключить влияния других факторов, как алкоголя, возрастных изменений. У части больных встречаются формы, близкие к маниакальным, с повышенной отвлекаемостью, болтливостью, веселым настроением, комбинации идей преследования и величия. Не подлежит сомнению, что часть неправильно относимых сюда расстройств является кратковременными приступами маниакально-депрессивного психоза, сопровождающимися расстройством сердечной деятельности. Любопытно, что состояние сознания может в течение суток подвергаться колебанию; некоторые больные бредят только ночью. Для объяснения того факта, что далеко не все нарушения кровообращения ведут к психотическим расстройствам, необходимо предположить, что там, где таковые наблюдаются, имеется определенная конституциональная слабость мозга. Некоторые авторы считают, что конституциональные особенности являются решающим моментом, сердечное же расстройство лишь поводом. Определенной конституции пока выделить не удалось, можно лишь в общей форме сказать, что к психотическим реакциям склонны лица с лабильным вазомоториумом, в особенности мозговых сосудов. Эта же конституция служит почвой, на которой развивается также другой тип психотической реакции, сопровождаемой острыми приступами и связанной с чувством предсердечной тоски, страхом смерти, резким возбуждением и незначительным помрачением сознания. Определенной связи между психотической картиной и характером сердечных расстройств не имеется. Существуют указания, что при митральном стенозе часто наблюдаются расстройства способности к запоминанию. Лечение заключается в устранении нарушений циркуляции крови (сердечные средства, диуретические средства), в связи с чем улучшается и психическое состояние.

Желудочно-кишечный тракт. Влияние функций желудочно-кишечного тракта на психику не подлежит сомнению. Мы знаем, что запоры вызывают чувство общего недомогания, раздражительность, упадок трудоспособности. У маленьких детей расстройство желудочно-кишечного тракта может дать резкую картину психических отклонений (плаксивость, раздражительность, затруднения восприятий и т. д.), иногда напоминающих явления менингизма. Паразиты в кишечнике могут вызвать у детей делириозное состояние возбуждения и эпилептиформные припадки. У взрослых описаны картины резкого возбуждения, связанного со спутанностью, которые Вагнер-Яурега (Wagner v. Jauregg) объясняет самоотравлением продуктами распада в кишечнике.

Печень. Участие печени в психотических расстройствах предполагали уже в древности: меланхолию связывали с заболеванием печени. Впрочем, специфических психотических картин в результате расстройства функции печени мы не знаем. Известно, что желтуха вызывает обычно раздражительность, состояние „тумана в голове“, в редких случаях сновидные сумеречные состояния с галлюцинациями. Особенно характерны делириозные состояния спутанности при острой желтой атрофии печени. Появляется оглушенность, головные боли, усталость, беспокойство, больные кричат, бегут и т. д. Через несколько дней, при все увеличивающемся помрачении сознания, наступает смерть. При вскрытии обнаруживают тяжелые клеточные изменения в коре головного мозга, а также в Nucleus dentatus мозжечка.

Органы чувств. Для психиатрии большой интерес представляют заболевания ушей. С одной стороны, при длительных слуховых галлюцинациях находят часто воспаление среднего уха с изменением электрической реакции слухового нерва, с другой стороны, успешное лечение уха ведет нередко к исчезновению наличных галлюцинаций; иногда этот эффект дает простое удаление серных пробок в ухе. Крепелин описал специальный вид психоза под названием „психоз тугослышащих“ с идеями ущерба, бредом отношения, слуховыми галлюцинациями и т. д. После операции глаза иногда появляются галлюцинаторные делирии.

Генеративные органы. Менструации. Специфических менструальных психозов не существует. Уже в норме менструации сопровождаются рядом вегетативных и психических аномалий: усталость, расстройство настроения, раздражительность и т. д.; у части больных наблюдается „параноическое“ поведение, вызванное тем, что они требуют в этот период больше внимания, чем обычно, и, будто бы, не находят его. У невро- и психопатических субъектов эти *malimina menstrualia* могут служить поводом для психотических реакций, в частности для депрессий, связанных нередко с ипохондрическими идеями, идеями греховности, бредом ревности. Как показывает статистика, 35% женщин-самоубийц совершают попытку на самоубийство в период менструаций. Менструации могут служить также поводом для развития кататонического возбуждения, навязчивых состояний и импульсивных поступков.

Беременность. Как известно, беременность сопровождается определенными изменениями организма, в частности нарушениями эндокринного равновесия. Беременные обладают повышенной склонностью к заболеванию хореей и хореатическим психозом, к концу беременности — эклампсией. Специфических психозов при беремен-

ности мы не знаем. Все наблюдаемые психические отклонения мы встречаем и вне беременности. Незначительные изменения ■ нервной психической сфере, как вазомоторные расстройства, отсутствие аппетита, колебания настроения, раздражительность, имеют место почти у всех беременных. Более серьезными симптомами являются: головокружения, невралгии, неукротимая рвота, состояния страха, сумеречные состояния, клепто- и пироманические наклонности. Нервные расстройства появляются главным образом ■ первую половину, психотические расстройства во вторую половину беременности, причем преимущественно у женщин старше 25 лет. При наличии патологической конституции психологически понятный страх перед родами у первородящих или перенесших тяжелые роды, а также неблагоприятные социальные условия, забота о будущем ребенке могут послужить причиной депрессивного состояния чисто реактивного характера, при котором настоящих идей греховности не имеется, все мысли больной вращаются вокруг вопроса о беременности. Наблюдаются также реакции ипохондрического характера, навязчивые состояния или импульсивность. Наконец, беременность может быть провоцирующим фактором по отношению к скрытым заболеваниям, в частности к шизофрении; иногда в этих случаях показан с профилактической целью аборт.

Роды. Роды редко ведут к психозу. У психопатических женщин, в связи с болями при родах, могут появиться состояния возбуждения с приступами буйства, попытками убить ребенка и т. д. В более редких случаях могут иметь место случайные осложнения при родах, например, появление эпилептического сумеречного состояния.

Послеродовой период. В прежнее время послеродовые психозы составляли 10% всех психозов у женщин. С введением асептики число таких психозов быстро пошло на убыль и в настоящее время не превышает числа психозов, соответствующих этому возрасту вне послеродового периода. Мы встречаем здесь, главным образом, заболевания истерией, маниако-депрессивным психозом и шизофренией, для развития которых послеродовой период служит лишь толчком. Начало заболевания большей частью в первые две недели, причем 40% заболеваний — после первых родов. Острая галлюцинаторная спутанность, которую считали прототипом психозов послеродового периода, объясняется инфекционно-токсическими моментами.

Период лактации. В этот период психические расстройства появляются чаще всего на второй-пятый месяц после родов, преимущественно у молодых, рожавших несколько раз, главным образом в виде маниакально-депрессивного психоза и шизофрении,

■ отношении которых указанный период является провоцирующим толчком.

Эклямпсия. К заболеваниям, связанным с самоотравлением организма в генеративный период, у женщины относится эклямпсия. Во время войны число психозов, связанных с эклямпсией, как будто увеличилось, особенно у нас. Эти психозы появляются, главным образом, во вторую половину беременности, у первородящих. Психические расстройства начинаются обыкновенно 3—6 дней после появления эклямптических судорог. Продромальные явления: головокружение, бессонница, парестезии; позже появляются состояния спутанности и резкого двигательного возбуждения, с массой всякого рода галлюцинаций, с расстройством внимания, отвлекаемостью, бессвязностью, персеверациями, страхами. Картина эта близка к эпилептическому сумеречному состоянию, каковое сходство усиливается еще наступающей после приступа амнезией. Кровяное давление при этом повышено; в моче белок и цилиндры, увеличение аммиака и аминокислот, количество же мочевины уменьшено. 10—20% больных гибнет, при вскрытии обнаруживают паренхиматозный нефрит. Выздоровление происходит в течение нескольких недель. Лечение ведется по методу Строганова. В случае эклямпсии, осложненной психозом, показано производство аборта.

Почки. *Острая уремия* начинается с головных болей, рвоты, чувства резкой усталости, безразличия и раздражительности; затем появляются припадки или обмороки, вслед за которыми развивается характерная картина оглушенности и делириозного состояния, а иногда кататонические явления. Больные становятся бессвязны, спутаны, дезориентированы; восприятия, внимание, способность к комбинированию нарушены; настроение либо эйфоричное, либо озлобленное, боязливое, зависящее или от соматических симптомов (головные боли, чувство разбитости и т. д.) или от галлюцинаций (зрительные, слуховые). Часто наблюдается резкое двигательное возбуждение. Рядом с этим — параличи глазных мышц, апраксия, повышение сухожильных, понижение кожных рефлексов, рефлекс Бабинского. Зрачки узкие. Олигурия; в моче белок и цилиндры; в крови, а часто и в спинно-мозговой жидкости увеличение количества остаточного азота, индикана. Отеки, сердечные расстройства. Ретинит. Общая картина нередко напоминает эпилепсию, вплоть до припадков; иногда же близка к алкогольному делириозному состоянию (чаще всего там, где уремия комбинируется с алкоголизмом). В некоторых случаях на первом плане выступает состояние спутанности, с бредом и галлюцинациями, реже амне-

стическ
ставить
нию к
психиче
речи, р
При
чение м
и больн
Пер
ности, з
следован
временам
Близкой
время ка
гибнут, з
психичес
же вслед
бессвязно
няются за
в дальне
делириозн

Связь
расстройств
даемые пр
надо счита
креции, оп
что нервно
необычайно
наблюдаем
картины об
за собою ра
Для правил
ческие и
Так, напри
прогрессивн
гипотиреоза
железы (Я. Р
играет, наос
психиче

стический симптомокомплекс. *Хроническая уремия* может представить дифференциально-диагностические затруднения по отношению к прогрессивному параличу, опухоли мозга. Рядом с упадком психической деятельности мы констатируем атаксию, расстройство речи, расстройство зрения, рефлекс Бабинского и т. д.

Приступы психоза заканчиваются в течение недели, реже в течение месяца, ■ части же случаев помрачение сознания нарастает и больные гибнут.

Пернициозная анемия. Здесь мы наблюдаем приступы спутанности, зрительные и тактильные галлюцинации, бредовые идеи преследования или величия, конфабуляции. Настроение боязливое, временами эйфоричное, резкое двигательное ■ речевое возбуждение. Близкой к этому является картина психоза при раке; но в то время как при пернициозной анемии больные большею частью гибнут, здесь ■ половине случаев может наблюдаться улучшение психического состояния. Психотические расстройства бывают также вследствие голодания: раздражительность, отвлекаемость, бессвязность мыслей, возбуждение, повышенное настроение сменяются затем подавленностью, безразличием, душевной пустотой, в дальнейшем дело может закончиться помрачением сознания, делириозными обманами чувств, агрессивностью, каннибализмом.

ЭНДОКРИНОПАТИИ.

Связь между эндокринными заболеваниями и психическими расстройствами чрезвычайно сложна. Предположение, что наблюдаемые при эндокринных расстройствах психические изменения надо считать независимыми от заболеваний желез внутренней секреции, опровергается рядом фактов. Прежде всего мы знаем, что нервно-психические отклонения при эндокринных заболеваниях необычайно часты, что с улучшением соматического состояния мы наблюдаем улучшение и в психической сфере. Сложность всей картины объясняется тем, что заболевание одной железы влечет за собою разнообразные комбинации заболеваний и других желез. Для правильной оценки необходимо различать патопластические и патогенетические эндокринные расстройства. Так, например, псевдоотек, желтовато-восковидный цвет лица при прогрессивном параличе объясняется патопластическим влиянием гипотиреоза вследствие сифилитического поражения щитовидной железы (Я. Ратнер). Аплазия щитовидной железы при микседеме играет, наоборот, патогенетическую роль, определяя всю соматическую психическую картину, а не только отдельные симптомы.

Щитовидная железа.

Базедова болезнь. *Симптоматология.* Со стороны психики можно отметить следующее: при базедовой болезни часто наблюдаются обострения тех особенностей характера, которые Л е в и - Р о т - ш и л ь д (Levy-Rotschild) связывает с так наз. „гипертиреоидным темпераментом“. Это худые, грациозные люди, с богатой растительностью, живым взглядом, непостоянством, раздражительностью, пе-



Рис. 8. Базедова болезнь (собств. набл.).

ременчивостью настроения, легкой ранимостью, склонностью к оптимизму. Основным в характере базедовика является ослабление психического сопротивления, проявляющееся в повышении психической возбудимости и понижении дееспособности (легкая утомляемость, плохая выносливость). Больные нетерпеливы, раздражительны, эмоционально неустойчивы, эмотивны вплоть до эксцессов, гневливы, капризны. Настроение у них изменчивое, то веселое, то тревожно-подавленное. Суждения односторонни, пристрастны, зависят от настроения. Постоянное беспо-

койство, проявляющееся в многоречивости, жестикуляции и т. д. Интеллект не затронут. У некоторых эпизодически развивается бредовое отношение к окружающим: подозрительность, идеи ревности, ипохондрические идеи. Перед засыпанием у многих гипнагогические галлюцинации; сон обычно плохой, часто кошмарные сновидения. Мебиус (Möbius) сравнивал это состояние с легким опьянением, сопровождающимся небольшим возбуждением, легко переходящим в торможение. Сознание всегда сохранено. В общем, картина близка к гипоманиакальной, с импульсивностью, возбуждением, доходящим, в более тяжелых случаях, до спутанности, бессвязности с галлюцинациями — по типу экзогенных реакций; одновременно могут появляться бредовые идеи, часто снопоподобного содержания. Настроение становится тревожным, временами резко возбужденным. Тяжелые случаи дают очень плохой прогноз, часто спустя несколько недель заканчиваются смертью. В учебниках обычно противопоставляют психику при гипер- и гипотиреозе, но это не совсем правильно. Если психика базедовика напоминает до некоторой степени гипоманиакальную, то при гипотиреозе, где преобладают явления апатии, а не подавленности, отличие от депрессии более определено. Из 150 психозов при базедовой болезни Заттлер (Sattler) в 70 нашел маниакально-депрессивный психоз с преобладанием маниакальных приступов; нужно думать, что автор этот очень широко ставил диагностику маниакально-депрессивного психоза, так как на самом деле этот психоз встречается при базедовой болезни довольно редко. Кроме того здесь, равно как при микседеме, чаще всего наблюдаются атипичные формы: вместо веселого настроения — раздражительность для маниакальной фазы, при депрессивном состоянии — галлюцинации, бред отношения. Только шизофрения, которая по Габеркantu (Haberkant) будто бы часто сопутствует базедовой болезни, выступает в чистом виде. Ленъель-Лявастин (Laignel-Lavastine) настаивает на существовании специфических „тиреоидных психозов“. Главные симптомы: периодическое течение, отсутствие дефектов интеллекта, аффективное расстройство, падение веса; чаще у женщин, в особенности в период полового развития, менструаций. В ряде случаев мы наблюдаем истерические явления. Бонгефер объясняет это общностью психопатической конституции для базедовой болезни и истерии; общее психопатическое предрасположение этот же автор кладет в основу базедовой болезни, сочетаемой с маниакально-депрессивным психозом.

Мы считаем уместным отметить здесь, что психическая картина

не всегда соответствует по тяжести симптомов соматической. Так, нам приходилось видеть базедовиков, у которых были очень резкие соматические симптомы наряду с спокойной, уравновешенной психикой и наоборот. Возможно, что это объясняется функциями „гематоэнцефалического барьера“, способствующего большему или меньшему проникновению веществ в центральную нервную систему, в данном случае гормона щитовидной железы.

Соматически при базедовой болезни наблюдается классическая триада симптомов, которая ■ настоящее время уже перешла, пожалуй, в пентаду: 1) мягкий зоб и сосудистый шум над ним, 2) пучеглазие, 3) тахикардия, 4) дрожание, 5) повышенный газообмен. Кроме этих симптомов, мы наблюдаем еще ряд глазных симптомов [симптом Грефе (Graefe), Мебиуса, Штельвага, (Stellwag), Дарлимпля (Darlymple) и др.], отеки, выпадение волос, поносы, потливость, исхудание. В крови — лимфоцитоз. Толерантность к сахару понижена, часто алиментарная глюкозурия. Как правило мы наблюдаем расстройства со стороны половых желез, особенно у женщин (расстройства менструаций, понижение Libido) и т. д.

Течение. Заболевание длительное, держится 1 — 2 года, иногда же десятки лет. Смертность в среднем около 10%.

Патологическая анатомия. После отравления тиреоидином Симхович (Simchowicz) наблюдал у животных клеточные изменения в спинном мозгу, продолговатом мозгу, мозжечке, промежуточном мозгу, симпатических и спинальных ганглиях; кора головного мозга страдает мало.

Этиология и патогенез. Существование многих теорий свидетельствует о неясности вопроса. Наибольшей популярностью пользуется гипер- и дистиреодная теория. Гипертиреодная теория (Мебиус) находит подкрепление в экспериментальном гипертиреозе, в появлении базедовой болезни в связи с поражением щитовидной железы и в противоположности между базедовой болезнью и микседемой. В пользу дистиреоза говорят опыты, в которых экстракты щитовидной железы базедовиков давали более токсический эффект, чем эти же железы от здоровых, а также тот факт, что в клинической картине у базедовиков мы встречаем нередко одновременное сочетание гипер- и гипотиреозных симптомов. В последнее время многие авторы утверждают, что базедова болезнь есть заболевание бигляндкулярное, указывая на участие кроме щитовидной еще и зобовидной железы. Перитц (Peritz) и др. ставят акцент на дисфункцию половой железы. Часть авторов считает базедову болезнь определенным плюригландулярным

заболеванием: усиленная секреция щитовидной железы активирует надпочечники, отсюда надпочечниковые симптомы исхудания, мышечной адинамии, пигментации; глюкозурия связана с дисфункцией поджелудочной железы; длинный рост, отеки с гипофизом. Наконец, существует еще чисто неврогенная теория, которая базедовский синдром объясняет поражением симпатического нерва, щитовидная же железа поражается вторично; с другой стороны, полагают, что первично поражена щитовидная железа, а уже она действует на вегетативную нервную систему, причем как на блуждающий, так ■ на симпатический нерв, иначе непонятно, каким образом, напр., наряду с симптомом симпатико-тоническим, как тахикардия, мы наблюдаем нормальное кровяное давление. В происхождении базедовой болезни большое значение отводят эмоциональному фактору (страх и т. п.), при условии, что этот фактор падает на подходящую почву. По Хвостеку (Chvostek) базедова болезнь всегда появляется на почве психопатической конституции.

Распознавание в резко выраженных формах заболевания легко. При так наз. *formes frustes* (абортивные формы) приходится прибегать к функциональным пробам [адреналиновая проба Гетча (Goetsch)], хинная проба Брема (Bram), проба на щитовидную железу Паризо и Ришара (Parisot, Richard), регионарно-вегетативный рефлекс Серейского и др.

Лечение следует по возможности контролировать при помощи газообмена. Из органотерапевтических средств на первом месте стоит новый анти тиреоидин, приготовляемый фирмой Мерк (Merck), так наз. *Antithyreoidin forte*, 0,3 по 2—3 раза в день. В случаях, связанных с расстройством половой железы, мы наблюдали несомненное улучшение от препаратов половых желез, главным образом от подкожных впрыскиваний. В части случаев терапевтический эффект дает рентгенизация и гальванизация щитовидной и зобовидной желез. Следует иметь в виду, что лечение это должно проводить очень осторожно, так как иначе мы можем вызвать состояние миксэдемы. В более трудных случаях приходится прибегать к оперативному вмешательству: перевязка сосудов, частичное удаление щитовидной железы, дающее 70% выздоровления. Менее хорошие результаты дает удаление симпатических ганглиев. Противопоказанием для операции служит: очень высокий газообмен, резкая слабость, плохая сердечная деятельность; здесь приходится ограничиться полным покоем, рентгенизацией. Перед операцией очень уместно в течение 6—8 дней давать больному микроиод (T-ra jodi 1,0; cali jod. 2,0, Aq dist. 100,0; 5—8 капель 3 раза в день); иод дает резкое улучшение общего состояния и

возможность значительно легче перенести операцию. В части случаев иодом можно пользоваться в качестве терапевтического средства. Очень полезно давать больным хинин, мышьяк в качестве общеукрепляющего. В случае резкого возбуждения уместно давать бром; ввиду склонности к глюкозурии не следует есть сладостей. Наконец многим больным помогает горный климат.

Миксэдема взрослых. Болезнь развивается исподволь. С психической стороны характеризуется нарастающим замедлением и заторможением психических функций. Восприятие внешних впечатлений затрудняется, больные становятся тяжелодумами, мысли „как бы завуалированы“. Память ослаблена, особенно на последние события, приходится все записывать. Очень большая утомляемость. Сознание ясное. Одновременно нарастает и психомоторная заторможенность: выполнение простейших житейских задач требует огромных усилий. В начале больные реагируют на это резким ощущением собственной недостаточности, подавленностью, но вскоре они становятся тупы, апатичны, безучастны, сонливы и в высокой мере беспомощны. Походка медленная, тяжеловесная, движения вялы, мимика неподвижная, речь замедленная. Шарко сравнивает это состояние со спячкой. Психическую вялость и психомоторную задержку наряду с полным сознанием болезни Пильч (Pilcz) окрестил именем „миксэдематозное душевное состояние“. Резкие психотические отклонения бывают сравнительно редко. Некоторая депрессивность оправдывается общим самочувствием и сознанием болезни. Временами мысли о неполноценности приобретают характер навязчивых идей, иногда развиваются бредовые идеи, главным образом недоверия, связанные с ажитированным состоянием. Если наблюдается возбуждение с галлюцинациями, спутанностью, то мы имеем картину галлюцинаторного бреда по типу экзогенных реакций. Описанные случаи маниакального возбуждения носят нетипичный характер: вместо веселого настроения, — скачки идей, имеется возбуждение, раздражительность, импульсивность. В некоторых случаях наблюдается картина типичной депрессии с идеями самообвинения, тоской, страхами, попытками на самоубийство. Весьма важно то обстоятельство, что, несмотря на наличие моторного возбуждения, имеется эмоциональная тупость и замедление психических функций, характерное для миксэдемы. Резкие психические расстройства появляются обыкновенно поздно, а так как мы в настоящее время удачно применяем органотерапию, то число психических расстройств при миксэдеме значительно сократилось.

Соматическая картина миксэдемы тоже чрезвычайно харак-

терна. Самый наглядный симптом — инфильтрация кожи ■ подкожной клетчатки и их толщина. При надавливании не остается следов, как при обычных отеках; если поднять складку кожи, то она остается некоторое время приподнятою. Это объясняется тем, что под кожей якобы имеется не вода, а муцин (тухота). Отечность особенно резка на лице (причем чаще ниже век, а не над ними, как мы наблюдаем при почечных отеках), на пальцах кистей и стопы. Вследствие одутловатости лишенное мимики лицо приобретает особое выражение тупости, напоминает полнолуние. Десны набухают, кровоточат. Кожа сухая, желтоватого оттенка, бледная, морщинистая. Волосы хрупкие, легко выпадают, особенно в наружной части бровей (так наз. симптом Леви-Ротшильд). Ногти трофически поражены. Вследствие отека слизистых языка голос хриплый, грубый. Над ключицей и в других местах псевдолипомы. Температура субнормальная, 36° и ниже. Пульс, кровяное давление понижены. Зябкость, запоры; обмен веществ, газообмен понижены. Возбудимость вегетативной нервной системы понижена. Далее со стороны нервной системы: „ревматические боли“, дрожание, повышение сухожильных рефлексов. Мышечная слабость. Понижение половых функций, аменорея и др. Количество эритроцитов, гемоглобина понижено; вторичная анемия с лейкопенией и относительным лимфоцитозом. В более легких случаях говорят о *Muxoedème fruste*. Леви и Ротшильд считают „гипотиреозный темперамент“ конституциональной особенностью.



Рис. 9. Миксэдема взрослых (по Цондеку).

Течение. Если нет терапевтического вмешательства, то болезнь, прогрессируя, ведет к слабоумию, смерти. Легкие случаи могут давать спонтанное выздоровление.

Патологическая анатомия. Атрофия щитовидной железы, разрастание фиброзной ее части; вес падает до 0,1. Нередко наблюдается увеличение передней доли гипофиза (Абрикосов). Часто — артериосклероз.

Этиология стала ясна с тех пор, как Реверден и Кохер (Reverdin, Kocher) описали свою послеоперационную *kachexia strumipriva*. Миксэдема наблюдается часто в связи с инфекционными заболеваниями. Определенную роль может играть плохое питание, чем объясняется увеличение заболеваний во время войны. Иногда болезнь вызывается слишком энергичным лечением при базедовой

болезни, вследствие чего наблюдается переход ■ миксэдему. Нами описаны случаи спонтанного переключения у одних и тех же больных из базедовой болезни в миксэдему. Заболеванию подвержены женщины (80—90%) среднего возраста.

Распознавание ■ ясных случаях не трудно. Важными признаками являются пониженный газообмен, лимфоцитоз, отсутствие алиментарной глюкозурии. Труднее диагностировать те случаи, где имеются комбинации ■ миксэдемы с акромегалией. Прогноз со времени применения специфической терапии хороший.

Лечение. Трансплантация щитовидной железы не имеет длительного эффекта, так как железа подвержена рассасыванию. Обычно применяют тиреоидин, три раза в день по 0,15. Необходимо при этом следить за больным, т. к. могут появиться тиреотоксические симптомы (головная боль, головокружение, расстройства сердечной деятельности, дрожание, поносы). Лечение следует вести систематично и упорно, до полного исчезновения симптомов, а в случае рецидивов сейчас же опять начинать. Лучше всего держаться такой схемы; если после 3—4 недель наблюдается улучшение, то переходят к дозе 3 раза по 0,1, через три недели — 2 раза по 0,1 и на этом останавливаются, продолжая лечение несколько месяцев. Ввиду того, что больные под влиянием опотерапии худеют, им необходима богатая белками пища. В качестве контроля должен служить вес больного. Иногда тиреоидин дают одновременно с препаратами половых желез. Хорошие результаты дает иодотирин.

Кретинизм. Кретинизм вызывается недостаточностью щитовидной железы и в основном характеризуется слабоумием, карликовым ростом и миксэдемой. Мы различаем два вида кретинизма: эндемический и спорадический.

Эндемический кретинизм связан с так наз. эндемией зоба, т. е. с распространением зоба в определенных местностях, чаще всего в высоких горах (Альпы, Пиренеи, Урал, Кавказ), и с наличием глухонмоты. Обыкновенно болезнь развивается в конце первого или в начале второго года жизни; возможно, что первые месяцы недостаточность функции щитовидной железы покрывается молоком матери. Со стороны психики мы имеем разные степени слабоумия, вплоть до легкой дебильности, в отдельных же случаях вовсе нет дефектов интеллекта, но и здесь, вследствие плохого развитой речи, глухонмоты они могут создать ложное впечатление слабоумных. Какова бы ни была степень слабоумия, его характер всегда торпидный; только эпизодически наблюдается возбуждение. Больные отличаются плохим восприятием внешних впечатлений. Образование более сложных понятий, представлений

затруднено. Учатся плохо, часто совсем не в состоянии усваивать. Настроение апатичное, безучастное, притом больные добродушны, ласковы, привязываются к окружающим; вместе с тем они робки, обидчивы, но гнев быстро проходит. Движения медленны, неуклюжи, поздно научаются ходить, речь развивается плохо. Голос хриплый. Со стороны соматки: в $\frac{2}{3}$ случаев имеется увеличение щитовидной железы, причем зубное перерождение касается главным образом средней доли; в меньшем] проценте случаев, более тяжелых клинически, мы совсем не находим щитовидной железы. Большая голова, крупное лицо. Большие роднички долго остаются незакрытыми. Широкий сплюснутый нос, корень носа втянут, расстояние между глазными щелями больше обычного. Рот обычно открыт, толстые губы, большой язык, плохие зубы, постоянное слюнотечение. Кожа толстая, сухая, желтоватого оттенка, шероховатая, морщинистая. Часто надключичные псевдолипомы. Гиперэкстензия суставов. Вздутие живота, пупочная грыжа. Часто запоры. Волосы растут плохо, вторичные половые признаки тоже развиты плохо. Половые железы обычно функционируют недостаточно. Чувствительность понижена. Температура, пульс, кровяное давление понижены. Цианоз конечностей. Окостенение скелета сильно запаздывает, особенно эпифизов длинных костей и черепных швов. Поздно появляются костные ядра; рост костей плохой, отсюда карликовый рост, короткие конечности, руки же и стопы развиты сильно в ширину. Важным характерным симптомом является глухонмота. Обмен веществ нарушен, количество мочи уменьшено, белковый, солевой обмен понижен. Число кровяных шариков (красных и белых) и гемоглобина понижено. Многие авторы делят кретинизм на:] 1) карликовый полный кретинизм с соматической триадой (карликовый рост, микседема, сексуальное недоразвитие) и резким слабоумием. Больные не реагируют на внешние раздражения, не только на звуковые, но и на свет, температуру и т. д., сидят все время либо неподвижно, либо же производя автоматические качательные движения, (так наз. движения идиотов). Этот тип метко назван Кохером „растительный человек“. Ходить они учатся поздно, чаще совсем не ходят или же ползают на четвереньках. Вместо слов нечленораздельные звуки или же одни гласные, 2) карликовые полукретины, где наряду с соматической триадой и менее резко выраженной глухотой и расстройством речи наблюдается меньшая степень слабоумия. Отсюда переход к 3) кретинозным, кретиноидам, где рост, речь, слух нормальный и где наряду с общей торпидностью наблюдается медленное образование понятий, неуклюжесть.

Течение. В 30 — 40% случаев явления одутловатости в дальнейшем постепенно уменьшаются, больные становятся несколько живее. Это следует связать с тем обстоятельством, что в ранние годы щитовидная железа играет большую роль. В отдельных редких случаях мы наблюдаем состояния возбуждения, депрессии, иногда картины, близкие к маниакально-депрессивному психозу.

Патологическая анатомия. Череп брахицефалического типа, вес мозга, в особенности в отношении к росту, не очень мал. Щитовидная железа либо зобовидно перерождена, либо атрофирована. Нередко наблюдается гидроцефалия, увеличение турецкого седла.

Этиология находится в связи с эндемией зоба. Население в эндемических местностях отличается явными чертами вырождения: много психически больных, слабоумных. По поводу эндемического кретинизма существует несколько теорий. Одни связывают это заболевание с биологическими особенностями местности. Влияние почвы проявляется в характере питьевой воды. Приводят примеры, когда население, страдавшее от зоба, освобождалось от него, переменив воду. Но есть данные, противоречащие этому. Разноречивы также экспериментальные попытки вызвать у животных зоб, давая им воду эндемических местностей. Некоторые полагают, что в ней содержится особый вид бактерий. Высказываются также предположения, что эта вода содержит недостаточное количество иода; в пользу этой теории говорит, между прочим, хороший терапевтический эффект от малых доз иода. Возможно, что все эти факторы, вместе взятые (горная местность, характер питьевой воды, общие гигиенические условия), повинны в происхождении эндемического кретинизма. Следует полагать, что известное значение принадлежит и наследственным моментам, указывают между прочим на частые заболевания эндемическим кретинизмом родителей и детей. Впрочем, это проще объяснить наличием одних и тех же вредных факторов в обоих поколениях. В последнее время Финкбейнером (Finkbeiner) выдвинута расовая теория. На скелетах больных эндемическим кретинизмом он нашел ряд примитивных признаков, придающих им сходство с полярным населением и неолитийскими пигмеями, т. е. с так наз. фоссильным человеком.

Спорадический кретинизм. В отличие от эндемического, спорадический кретинизм встречается повсюду; он тоже характеризуется карликовым ростом, миксэдемой и дефектами интеллекта. Щитовидная железа уменьшена, либо отсутствует вовсе; зоб, глухонемота редки. Различают две формы: а) врожденную, вызван-

ную туберкулезом, алкоголизмом, сифилисом родителей; больные эти рано умирают, редко достигают 30-летнего возраста, б) приобретенную вследствие инфекций, перенесенных самим больным; в этом случае болезнь, поражая более развитый организм,

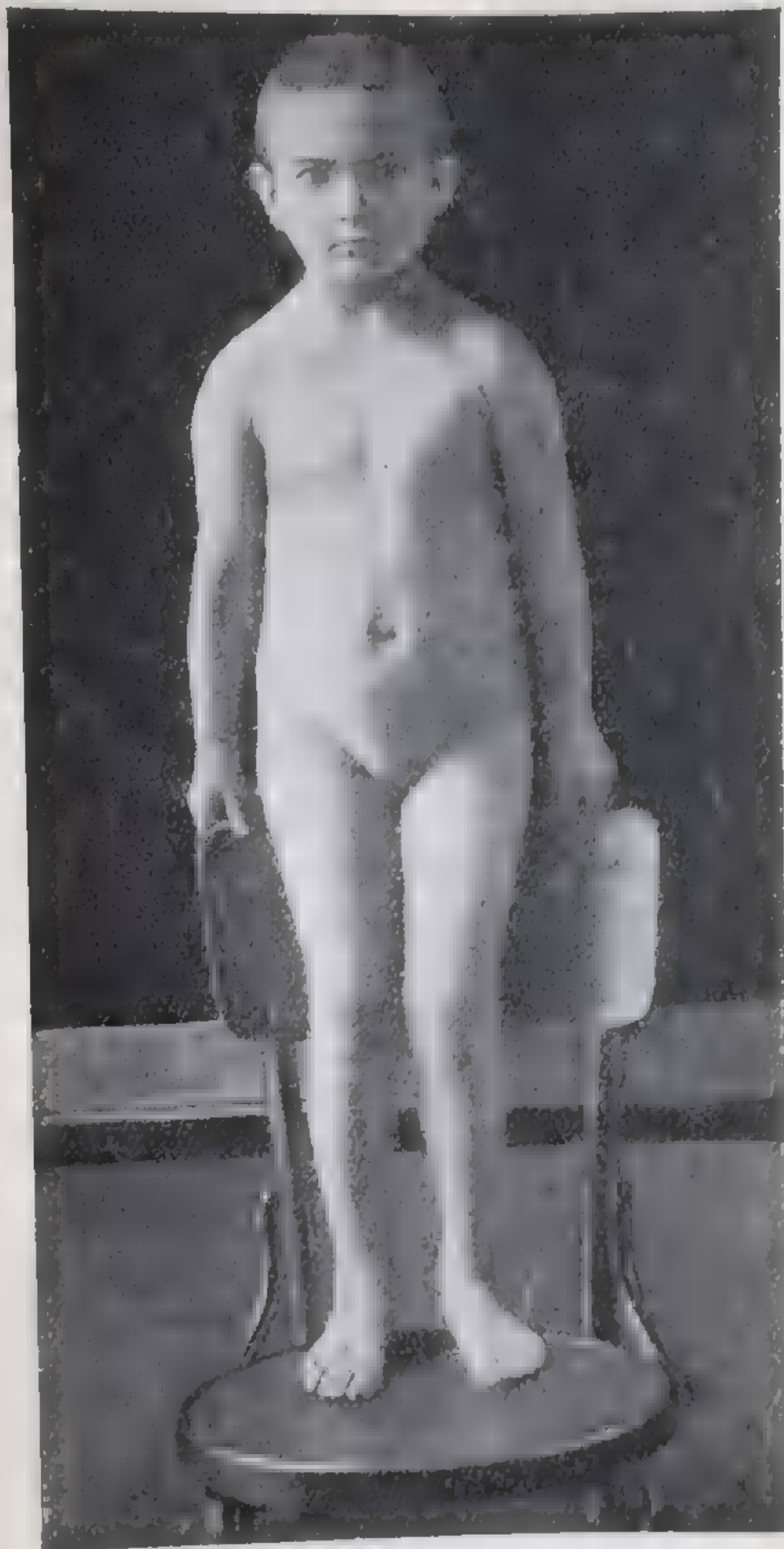


Рис. 10. Спорадический кретинизм.
Больная 17 лет (собств. набл.).

дает менее резкие расстройства роста, меньшую степень слабости.

Распознавание. В дифференциально-диагностическом отношении особенно важно отличать кретинизм от карликового роста, при котором имеется равномерно-пропорциональное уменьшение размеров и нет миксэдематозных явлений.

Лечение и профилактика. В отношении эндемического кретинизма особенно важны профилактические меры. Необходимо следить за снабжением населения хорошей питьевой водой, за улучшением общих гигиенических условий. Начиная с 1917 г. в Швейцарии и Америке в школах детям стали давать малые дозы иода: каждый школьник получает 1 раз в неделю таблетку шоколада, в которой содержится 0,005 г иода. В некоторых местностях Швейцарии и Австрии прибавляют иод к продажной соли, это так наз. Vollsaltz (Вагнер—Яурегр). С этими профилактическими мерами далеко не все солидаризируются, так как иод может у невыносливых к нему вызвать явления базедовизма. Иногда весьма целесообразно бывает переменить климат, местожительство. Лечение как при эндемическом, так и при спорадическом кретинизме сводится главным образом к применению тиреоидина три раза в день по 0,1. Успех часто бывает разительный. Самый большой эффект мы наблюдаем при спорадическом кретинизме, хотя здесь всегда возможны рецидивы. При эндемическом кретинизме эффект, наоборот, стойкий: даже в поздние годы мы видим увеличение роста, отеки пропадают, зоб исчезает, психика становится живее. Лечение—ввиду возможности тиреотоксических явлений, всегда должно производиться под контролем врача. Иногда отмечается успех от частичного удаления щитовидной железы.

Паращитовидные железы.

Тетания. Тетания связана с недостаточностью паращитовидных желез. *Соматически* она характеризуется: 1) наличием тонических судорог, контрактур, чаще всего лишь на концах конечностей, в виде „руки акушера“ на руках и *pes varo equinus* на ногах. Спазмы мышц лица; у детей часто ларингоспазмы; 2) повышенной возбудимостью: механической [феномен Хвостека, Вейсса (Weiss)], электрической [феномен Эрба (Erb)]. Со стороны *психики* можно отметить следующее: детская тетания, очевидно, проходит не бесследно для мозга, тем не менее утверждения некоторых авторов, что только четверть перенесших тетанию остается нормальными, несомненно преувеличены. Что касается взрослых, то у них психозы при тетании очень редки. Характерным является здесь ясное сознание, которым сопровождаются припадки. Наблюдаемые психические расстройства чаще всего вызваны повреждением паращитовидных желез при удалении щитовидной железы. В легких случаях дело ограничивается нерв-

ностью, рассеянностью, упадком памяти, раздражительностью, беспокойством, бессонницей, повышенной утомляемостью, депрессивным настроением. В более тяжелых случаях можно наблюдать возбуждение, связанное со страхами, картину галлюцинаторной спутанности, делириозные явления, помрачение сознания, резкое моторное беспокойство. Наконец, бывают случаи, очень напоминающие эпилептические сумеречные состояния. Часть авторов полагает, что эпилепсия ■ тетания возникают на общей конституциональной почве (спазмофилия), причем эпилепсия может переходить ■ тетанию и наоборот. Однако такое предположение вызывает серьезные сомнения. При тетании описаны также близкие к шизофрении психические расстройства; возможно, что на самом деле здесь ■ прошлом была шизофрения с наблюдаемыми при ней нередко тетаническими симптомами (симптом Хвостека, повышенная механическая возбудимость). Ландауэр (Landauer) делает попытки отделить от эндокринной тетании специальные формы аффективной и церебральной тетании; последняя часто появляется в результате эпидемического энцефалита. При тетании тоже различают так наз. *formes frustes* (тетаноидные неврозы) с отдельными соматическими и психическими симптомами: повышенная утомляемость, страхи, беспокойство, депрессивное настроение и т. д.

Течение. Психические расстройства, очень редкие при тетании, длятся обычно несколько недель; в большинстве случаев долгое время можно потом наблюдать черты раздражительности, забывчивости, падение трудоспособности.

Этиология. Связь тетании с недостаточностью паращитовидных желез доказана с несомненностью только для послеоперационных форм. Для случаев, связанных с инфекционным заболеванием, церебральным менингитом и др., эта связь менее ясна. Каким обра-



Рис. 11. Тетания (по Фальга).

зом недостаточность паращитовидных желез вызывает тетанию? Существуют две теории: 1) токсическая, объясняющая тетанию накоплением ядов (гуанидин?) в организме, обычно нейтрализуемых паращитовидными железами, 2) химическая: паращитовидные железы регулируют кальциевый обмен, подобно тому как поджелудочная железа регулирует углеводный; тетания — это „кальциевый диабет“. Происходит усиленное выделение солей кальция, что повышает нервномышечную возбудимость.

Распознавание не представляет затруднений; при тетанусе, с которым приходится дифференцировать, мы имеем обычно повышенную температуру, тризм жевательных мышц.

Лечение. Трансплантация паращитовидных желез не приносит никакой пользы, так как эти железы быстро резорбируются. Специфическая органотерапия тоже не давала до сих пор удовлетворительных результатов, что можно отчасти объяснить качеством самих препаратов. В настоящее время Коллипу (Collip) удалось выделить действующее гормональное вещество; впрыскиванием своих препаратов автор этот сумел вызвать экспериментальную гиперкальцемию у животных. Блюм (Blum) выдвигает положение, что действующее гормональное вещество находится не в паращитовидных железах, а в крови. Кормя животных кровью, Блюму удалось предотвращать паратиректомированных животных от тетании. В паращитовидных железах имеется не гормон, а гормоген, который, повидимому активизируется в крови. Мы попробовали применить идеи Блюма к человеку и получили бодрящие результаты. Больные были на вегетарианском столе и ежедневно получали свежую кровь с бойни.

Гипофиз.

Гипофиз состоит из 3 долей различного построения и функций. **Акромегалия** связана с гиперфункцией передней доли (преимущественно эозинофильная аденома). Из *соматических* симптомов на первом месте стоят морфологические изменения: чрезмерный рост костей и мягких частей головы, рук, ног, причем только концевых частей („акра“). Большой нос, выдающиеся скулы, большие уши, широкие губы, большой язык, диастема, прогнатизм нижней челюсти. Руки и ноги либо широки, лопатообразны, либо вытянуты в длину. У многих — кифоз; туловище с передними и задними выпуклостями напоминает двойной горб полишинеля. Гипертрихоз. Частая пигментация кожи. Нередко спланхномегалия (сердце, печень и др.). В 40% случаев атрофия половых органов, понижение

половой функции. В 50% случаев церебральные явления: головные боли, битемпоральная гемианопсия. Понижение углеводной толерантности: резкая глюкозурия после впрыскивания адреналина, в 30% — спонтанная глюкозурия. Рентгенограмма обнаруживает расширение ямки турецкого седла. Впрочем, в отдельных случаях, где аутопсия обнаруживает лишь микроскопические изменения гипофиза, рентгенограмма наличия опухоли не показывает.

В части случаев акромегалия протекает без всяких *психических расстройств*; иногда даже отмечается одаренность у этих больных. Большей же частью бывает упадок интеллектуальной деятельности, понижение способности к концентрации внимания, ухудшение памяти, понижение инициативы, сужение и притупление эмоциональной сферы, безучастие, апатия, сонливость, замедленность движений и речи, реже раздражительность, капризность, слабование. В более тяжелых случаях встречаются симптомы оглушенности, корсаковский синдром. Иногда акромегалия сочетается с психозами, не находящимися в непосредственной связи с ней: с эпилепсией, маниакально-депрессивным психозом, шизофренией. Часть симптомов надо рассматривать как явления повышения внутричерепного давления (вследствие наличия опухоли), при котором бывают апатия, сонливость. Перриц связывает индолентность этих больных с расстройством половых желез; где нет этих расстройств, там не наблюдается и отклонений в психике.

Акромегалия имеет близкое отношение к гигантизму. По Бриссо (Brissaud) гиперпитuitarизм ведет в периоде роста к гигантизму, позже — к акромегалии. Гиганты отличаются психической инфантильностью, в особенности в отношении аффективной сферы; довольны собой, часто беспомощны.

В противоположность акромегалии и гигантизму **нанизм** или карликовый рост связан с гипофункцией передней доли гипо-

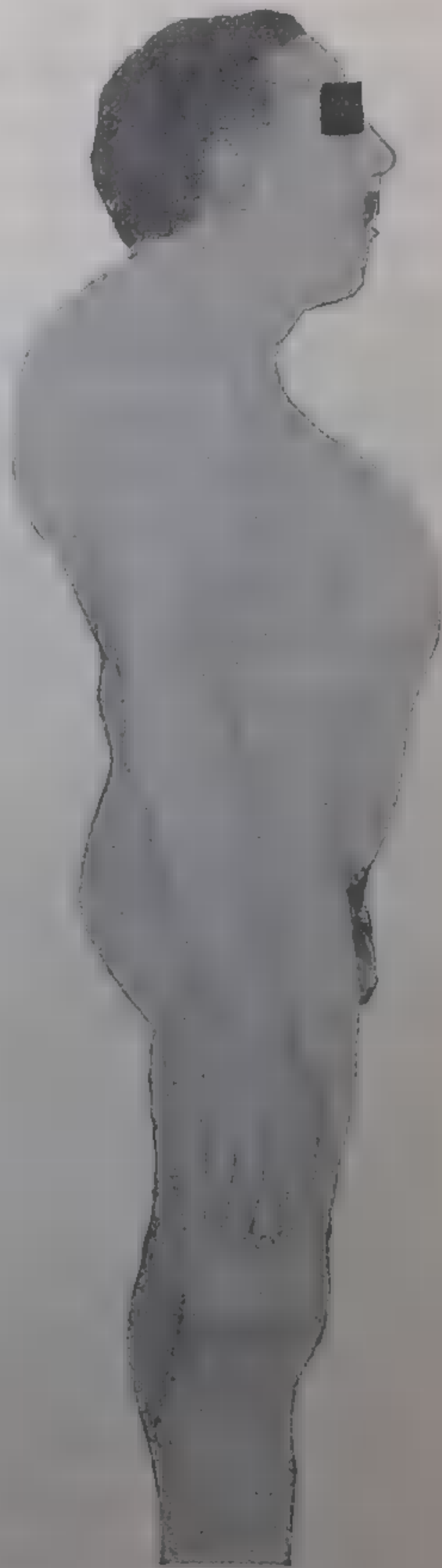


Рис. 12. Акромегалия (собств. набл.).

физа. Кроме задержки роста мы встречаем здесь другие признаки гипофизарной недостаточности: ожирение, гипоплазию половых желез. В психической сфере — явления инфантилизма, задержка на детской ступени мышления и чувств, сочетающаяся, впрочем, иногда с „мужской серьезностью“.

Адипозо-генитальную дистрофию (*Dystrophia adiposo-genitalis*) большинство авторов связывает с гипоплазией средней и задней долей гипофиза, часть авторов — с заболеванием межуточного мозга. *Соматически*: 1) ожирение, большей частью с определенной локализацией (живот, груди, область гениталиев), 2) гипоплазия или атрофия половых органов и недоразвитие вторичных половых признаков. Кроме того, церебральные явления: головные боли, рвота, расстройства зрения, главным образом по типу билатеральной гемианопсии (90% случаев). Повышенная толерантность к сахару, нередко полиурия. Лабильность температуры. В рентгенограмме — расширение турецкого седла. Что касается *психики*, то часть случаев протекает без каких-либо психических отклонений. В другой части случаев имеются аномалии характера, психотические явления. Память, способность к запоминанию понижены. Наиболее характерны изменения в области эмоций, настроения. Говорят о „гипофизарном настроении“ у этих больных, с эйфорией, равнодушием к окружающему и сонливостью. У части больных отмечается эретическое слабоумие, т. е. резкая степень умственной недостаточности, веселое настроение, психомоторное беспокойство и возбуждение. Противоречие между тяжестью заболевания и беспечною веселостью больного можно считать патогномоничным. Впрочем иногда наблюдается и адекватное настроение: серьезное, временами депрессивное. В ряде случаев — сочетания с настоящими психозами. Более тесное причинное отношение к гипофизарным расстройствам имеют состояния делириозной спутанности, галлюцинации, корсаковский синдром, протекающие по типу экзогенных реакций. Наблюдаются нередко эпилептиформные судороги (давшие некоторым авторам право говорить о гипофизарной эпилепсии), депрессии с идеями греховности, самоубийства, состояния маниакального возбуждения с отвлекаемостью и, наконец, шизофреноподобные состояния.

В последнее время, в связи с взглядами на адипозо-генитальную дистрофию, как на болезнь, обусловленную расстройством в области межуточного мозга (так, напр., некоторым авторам удалось вызвать повреждением межуточного мозга, при полной сохранности гипофиза, несахарное мочеизнурение, которое до сих пор считалось заболеванием задней доли гипофиза), Бидль (Biedl) выделил

обычную эндокринную форму и церебральную, с рядом дегенеративных стигм в виде врожденных уродств, как пигментный ретинит, полидактилия, атрезия ана ■ др. Психически эта форма характеризуется задержкой интеллектуального развития.

Несахарное мочеизнурение характеризуется полиурией (до 10—12 литров), низким удельным весом мочи, достигающим до 1 002—1 003, полидипсией. При ограничении приема жидкости наступают головные боли, рвота, беспокойство. Часть случаев несахарного мочеизнурения относится к симптоматическим, вызванным либо душевными заболеваниями (маниакально-депрессивный психоз, бредовые идеи), либо же патологическим влечением, привычкой пить большие количества жидкости. При этой форме первичной является полидипсия, полиурия же — вторичное явление.

Течение гипофизарных расстройств медленное, особенно при акромегалии. В случае злокачественной опухоли болезнь, понятно, развивается быстро.

Этиология. Чаще всего — опухоли гипофиза; гипофизарные расстройства наблюдаются также при эпилепсии, гидроцефалии, после эпидемического энцефалита.

Лечение сделало значительные успехи, особенно в области хирургии. При опухолях терапевтический эффект могут дать лучи Рентгена, радий; это лечение необходимо проводить с большой осторожностью, так как оно может иметь нежелательные последствия, главным образом эпилептические припадки. Из оперативных мероприятий надо указать на эндокраниальное и, главным образом, эндоназальное удаление опухолей; благодаря последнему методу высокая смертность от операций снижена до 10%. При выпадении функций гипофиза хорошие результаты дает иногда специфическая органотерапия, причем в зависимости от случая пользуются передней долей, задней, либо же цельной железой. Успех

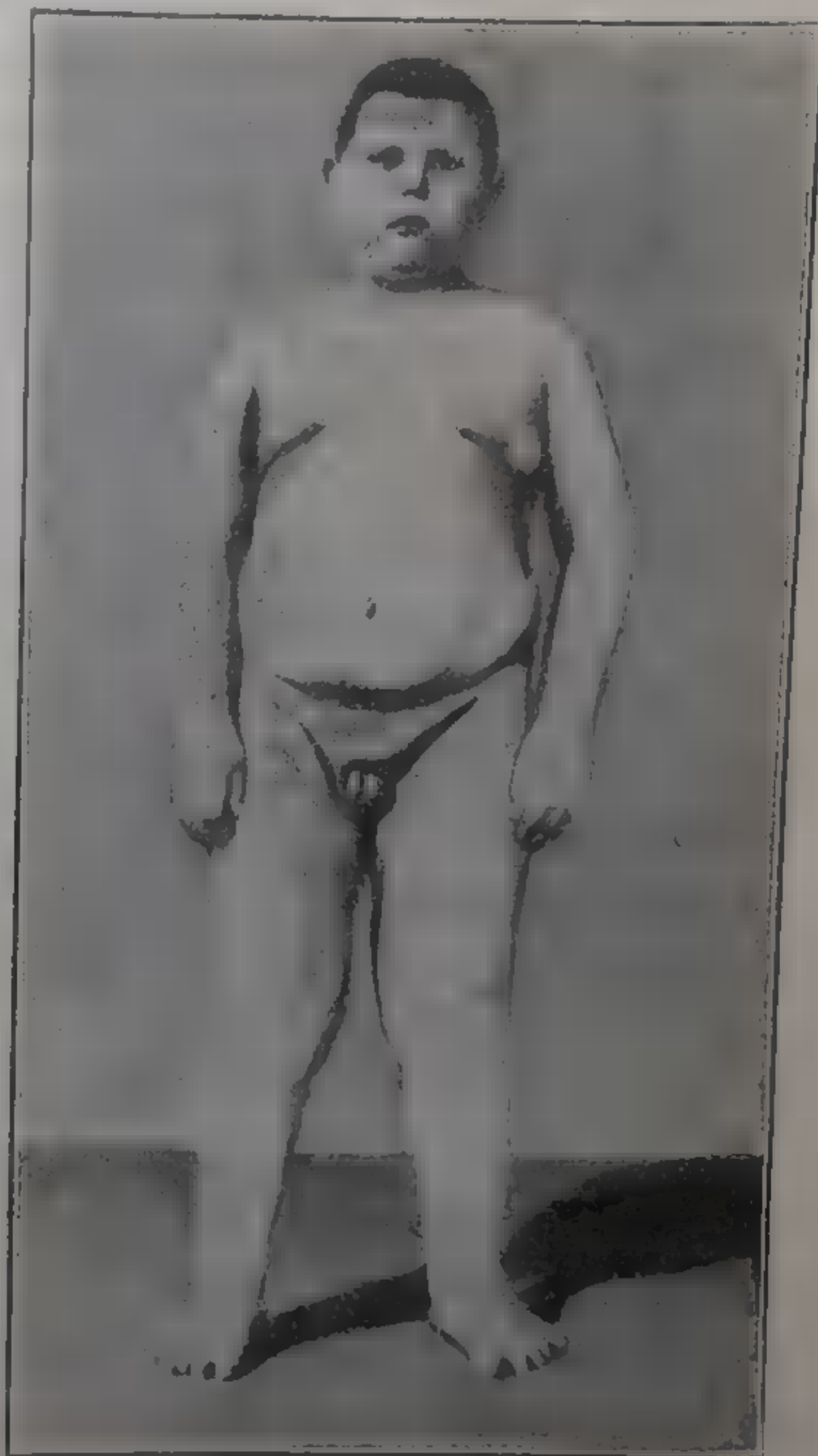


Рис. 13. Адипозо-генитальная дистрофия (по Б и д л ю).

от органотерапии отмечен ■ случаях гипофизарного нанизма, адипозогенитальной дистрофии, несахарного мочеизнурения. Неудача частично объясняется неудовлетворительным качеством препаратов; так, недавно Тренделенбург (Trendelenburg), подвергнув тщательному исследованию 17 препаратов разных известных фирм, только 4 нашел удовлетворительными.

Поджелудочная железа.

При диабете часто наблюдаются явления „неврастении“, повышенная возбудимость и раздражительность, лабильность настроения, чувство собственной недостаточности, отдельные маниакальные симптомы, а еще чаще депрессивные. (Говорят о депрессивном выражении лица у диабетиков.) Настоящие психозы встречаются значительно реже. Описаны комбинации диабета и маниакально-депрессивного психоза. Недавно описан очень интересный случай диабетического психоза, связанного с обманами чувств, парафазическими и параграфическими симптомами, с моторными явлениями то кататонического, то экстатически-патетического характера. Любопытно, что явления эти чередовались с свободными промежутками, когда сахар в моче исчезал. В отдельных случаях продромальные неврастенические явления разворачиваются в картину, напоминающую паралитическое слабоумие: резкое ослабление памяти, сознание болезни исчезает и т. д. Описаны случаи диабетического „псевдопаралича“ с расстройствами речи и зрачковой реакции, эйфорическим слабоумием, идеями величия. Чаще всего психотическими явлениями сопровождается диабетическая кома, которой предшествует либо повышение психической возбудимости — по типу базедовой болезни (на первом плане боязливое беспокойство), либо же делириозно-параноидное возбуждение, со страхами, галлюцинациями, идеями ущерба, либо же картина острой галлюцинаторной спутанности (amentia).

Эпифиз.

Кроме общих явлений, связанных с опухолью эпифиза, мы имеем здесь специальные симптомы: 1) усиленное развитие роста, без нарушения пропорций, 2) явления преждевременного полового созревания (Puerbertas praecox), как физического, так и психического. Особенного развития достигают половые органы, вторичные половые признаки; иногда наблюдается ожирение. В части случаев физическое развитие идет рядом с преждевременным психическим развитием; сюда относится, например,

случай мальчика 4 $\frac{1}{2}$ лет, занимавшегося философскими вопросами, беседами о бессмертии души и т. д. Когда ему было 3 года, у него появились эрекции, растительность в области половых органов, огрубел голос; 4 $\frac{1}{2}$ лет он был 123 см роста; 5 $\frac{1}{2}$ лет он умер от нарастающих явлений опухоли эпифиза. В части случаев не имеется усиленного развития половых органов (наоборот, гипоплазия, крипторхизм), нет раннего умственного развития, иногда даже недостаточность интеллекта, вплоть до слабоумия. Там, где явления давления выражены резко, мы наблюдаем картину оглушенности, спутанности и галлюцинации. *Течение* — неблагоприятное, больные рано умирают. *Этиология*. Преждевременное половое созревание связывается с гипофункцией эпифиза вследствие его тератомы. Существует предположение, что в норме эпифиз тормозит, а выпадение железы ускоряет преждевременное развитие. *Распознавание* не всегда легко, ■ редких случаях в рентгенограмме, на том месте, где имеется эпифиз, можно обнаружить тень. *Лечение* неизвестно. Пытаются применять рентгенотерапию; результаты пока неясны.

Половые железы.

О влиянии половых желез на психику существуют полярно-противоположные мнения. В то время как одни полагают, что от половых желез зависит весь психический тонус, вся индивидуальность субъекта, другие говорят о том, что пора оставить легенду о доминирующем влиянии на психику этих желез. Сказанное в предыдущей главе по поводу менструаций, беременности свидетельствует о несомненной связи между психикой и функцией половых желез; на это указывают также факты периода полового созревания и климакса. Впрочем, не следует эти фазы связывать исключительно с функцией половых желез; не говоря уже об участии в этих фазах и др. желез, надо помнить о неразрывной связи эндокринной системы с вегетативной и центрально-нервной системой. Период полового созревания характеризуется постоянными колебаниями в области интеллекта, эмоций, напоминая то явления психического инфантилизма, то картину гипертиреозидизма (беспокойство, повышенная возбудимость, раздражительность). В климактерическом периоде мы наблюдаем расстройства сна, беспокойство, чувство собственной недостаточности, повышенную возбудимость, раздражительность, колебание настроения, ипохондрические идеи и опасения, подозрительность, навязчивые представления, психогенно-реактивные депрессии, состояния страха.

В последнее время настаивают на существовании и мужского климакса, характеризующегося плаксивостью, падением энергии, памяти, малой общительностью. О связи половых желез с психикой свидетельствует частое появление приступов маниакально-депрессивного психоза, шизофрении, эпилепсии в периоде полового созревания, во время менструаций; еще более характерны психозы климакса — типа меланхолии, параноида.

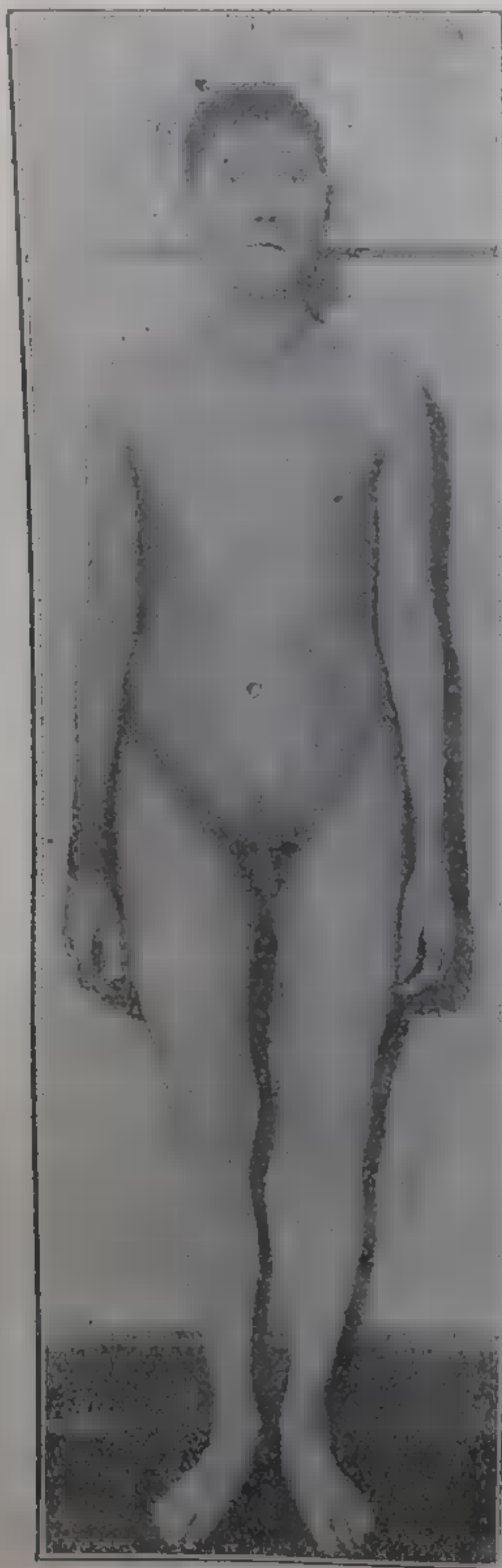


Рис. 14. Евнухоидизм. Больной 23 л. (собствен. наблюден.).

Определенную зависимость мы наблюдаем там, где имеется полное выпадение половых желез. Особенно поучительны случаи врожденной недостаточности половых желез, так как выпадение функций этих желез в более зрелом возрасте меньше отражается на психике. Здесь на первом плане стоит **евнухоидизм**, характеризующийся *соматически* триадой симптомов: 1) аплазия, чаще гипоплазия гениталиев с отсутствием вторичных половых признаков (при наличии гипертрихоза на голове), пониженным Libido; 2) аномалии скелета: диспропорция между нижними конечностями и туловищем, преобладание нижней половины тела (так наз. *Unterlänge* — от верхнего края симфиза вниз) над верхней (так наз. *Oberlänge*); в норме у взрослого отношение верхней половины к нижней приблизительно 100:100, здесь в среднем 100:125; 3) явления евнухоидного гигантизма либо же евнухоидного ожирения, по всей вероятности в зависимости от активности гипофиза, всегда вовлекаемого при недостаточности функции половых желез. Наряду с указанной триадой симптомов мы наблюдаем: асексуальный таз, угасание брюшных рефлексов и рефлекса кремастера, лимфоцитоз, *Thymus persistens*, атрофию предстательной железы, геродермию (складки на лице), дряблость мышц, *Genu valgum*. Что касается психики, то, по мнению

одних авторов [Фишер (Fischer) и др.], резко очерченной соматической форме евнухоидизма соответствует определенная

психическая структура. Характер евнухоида сходен с характером эпилептика в отрицательных свойствах, в раздражительности, вязкости, эгоцентричности, педантичности; вместе с тем, евнухоиды не обладают той активностью, которая отличает эпилептиков. Характер эпилептика активный, евнухоида — пассивный; евнухоиды асоциальны, и неудивительно, что их много среди криминальных типов. Интеллект не нарушен; у них нет импульсов для его развития, но интеллектуальные возможности даны.

Другие авторы оспаривают существование одного психического типа евнухоидов. Так, Стерлинг (Sterling) выделяет три типа: 1) нормальных в психическом отношении с чертами альтруизма, 2) олигофренов, эмоционально вялых и 3) близких к типу эпилептика. Важно отметить, что у евнухоидов часто наблюдаются эпилептические припадки, дромомания и т. д. Это до известной степени можно поставить в связь с симпатикотонией, вызываемой выпадением половых желез. В последнее время Кречмер и др. обратили внимание на сходство между



Рис. 15. Евнухоидизм (собств. набл.).

евнухоидной и шизофренической психикой. Настоящие психозы у евнухоидов наблюдаются редко. Корсаков описал случай, когда у субъекта после кастрации появились бредовые идеи, а в случае Крафт-Эбинга наблюдалось тяжелое депрессивное состояние. Обычно кастрация ведет лишь к незначительным психотическим изменениям: колебание настроения, раздражительность, утомляемость, нерешительность.

Лечение. Недостаточность функций половых желез пытаются лечить пересадкой половых желез (результаты незначительны), диатермией половых желез, органотерапией. По нашим наблюдениям, в случаях гипогенитализма, наилучший эффект достигается при подкожном впрыскивании экстракта половых желез, иногда в комбинации с впрыскиванием экстракта передней доли гипофиза.

Надпочечники.

Болезнь Аддисона связывают с атрофией надпочечников (при туберкулезе этих желез). *Соматически* она характеризуется: бронзовой пигментацией кожи ■ слизистых, понижением кровяного давления и белым дермографизмом, резкой адинамией мышц, кишечными расстройствами, исхуданием. Что касается *психики*, то о связи между надпочечниками и нервно-психической сферой имеются очень ценные указания. Так, напр., анэнцефалы, микроцефалы и гидроцефалы или вовсе не имеют коры надпочечников, или же она развита в слабой степени. Если у диких коз удалить кору надпочечника, то они становятся спокойными, обузданными. Имеется большой экспериментальный материал, показывающий, что аффекты действуют через посредство надпочечников: аффективная гипергликемия от волнения и т. д. При аддисоновой болезни после начального возбуждения, раздражительности очень скоро наступает понижение аффективных процессов, появляется резкая психическая утомляемость, нерешительность, слабование, сонливость, апатия, безучастность вплоть до полного ступора, депрессивные, ипохондрические идеи, страхи, фобии, навязчивые представления, параноидные идеи. Описаны глубокие депрессивные состояния при аддисоновой болезни, которые излечивались адреналином. В некоторых случаях психическая картина близка к эпилепсии; по теории Фишера эпилепсия вызывается гиперфункцией надпочечников, что плохо вяжется с картиной эпилепсии при аддисоновой болезни. В последней стадии заболевания нередко наблюдаются состояния тяжелого возбуждения, спутанности, галлюцинации с бредовыми идеями, сопровождающиеся судорожными явлениями. Клинический интерес представляют и abortивные формы аддисоновой болезни, а также явления „надпочечниковой дебильности“ (французских авторов) с симптомами апатичности, утомляемости, исхудания, где применение адреналина дает терапевтический эффект. *Психику* при аддисоновой болезни, отличающейся чертами астеничности, поучительно сопоставить с психикой при опухолях надпочечников, которые ведут у детей к преждевременному половому развитию, ожирению, повышенной возбудимости, раздражительности, ненасытному Libido; эти явления впоследствии сменяются, однако, отупением, подавленностью и т. д. Встречается почти исключительно у женщин. У взрослых мы наблюдаем картину надпочечникового вирилизма; у женщин приостанавливаются менструации, появляется борода, усы, голос грубеет, мышечная сила увеличивается (в состоянии испол-

нять мужскую работу). Характер становится резким, решительным. Этот синдром можно объяснить общим эмбриональным происхождением надпочечников и половых желез.

Зобная железа.

Животные, лишенные зобной железы, отстают в росте, вначале подвержены ожирению, затем сильному исхуданию, кости становятся хрупкими, отмечаются тупость, неподвижность. Среди слабоумных детей часто находят недостаточное развитие этой железы. Под названием „Idiotia thymica“ описывают случаи идиотии, соединенной с нанизмом, одутловатостью, слабым развитием половых органов, растительности, слабостью мышц, хрупкостью костей. Некоторые авторы ставят в связь психотические расстройства пубертатного возраста с выпадением в этом периоде функций зобовидной железы. При гиперплазии этой железы мы наблюдаем так. наз. status thymicolymphaticus, характеризующийся thymus persistens, гиперплазией лимфатической ткани; со стороны психики: нервность, повышенная возбудимость, падение энергии; Периц отмечает инфантильные черты: боязливость, несамостоятельность, беспомощность. Моррис (Morris) нашел в 22 случаях thymus persistens 20 криминальных типов, из которых 19 были убийцы.

ГЛАВА ВТОРАЯ.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ.

Инфекции представляют очень частую причину расстройства деятельности нервной системы. При этом, однако, взаимоотношения инфекций и психических расстройств довольно сложны. Не всякий психоз, развивающийся после инфекции, должен считаться инфекционным. Очень нередки случаи, когда инфекция является лишь поводом, провоцирующим агентом, вызывающим, или, лучше сказать, проявляющим, психическое расстройство, имеющее иные основные причины; инфекция в таких случаях лишь ускоряет заболевание, которое могло быть вызвано ■ другими поводами и которое связано с иными этиологическими моментами. При этом инфекция не накладывает своего отпечатка на психоз, который обнаруживает лишь свойственные ему болезненные особенности. Так, нередко после инфекции развиваются приступы маниакально-депрессивного психоза или шизофрении; другие приступы у тех же субъектов могут быть вызваны иными вредными моментами или же начаться без всякого заметного повода. Ясно, что такие случаи принципиально не могут быть отнесены к инфекционным психозам, но с их возможностью в связи с инфекциями следует считаться во избежание диагностических ошибок. Настоящие инфекционные психозы более тесно и определенно связаны с инфекцией, без последней они бы и не могли развиваться, их особенности, течение, исход и патологическая анатомия, то есть их нозологическая сущность определяется наличием инфекции и реакциями на нее нервной системы и всего организма.

Разнообразие инфекционных психозов зависит от ряда моментов, а именно: от предрасположения и вообще от преексихотического состояния субъекта, от особенностей инфекции, от острого или хронического ее течения и, наконец, от того, имеет ли инфекция непосредственно мозговую локализацию. Все эти моменты требуют особого рассмотрения. Предрасположение субъекта имеет значение постольку, поскольку во всяком организме имеется боль-

шая или меньшая сопротивляемость отдельных тканей и систем; ■ частности, ■ отдельных семьях может быть склонность к заболеваниям нервной системы, которая и выявляется при инфекциях. Помимо наследственного предрасположения, большое значение имеет и приобретенная инвалидность мозга: различные перенесенные ранее заболевания, травмы черепа, алкоголизм и пр. понижают сопротивляемость нервной системы и создают, при прочих равных условиях, благоприятную почву для психического заболевания в связи с новыми инфекциями. Свойства самого инфекционного агента проявляются ■ его большей или меньшей злокачественности, в склонности давать острые или хронические заболевания, а также в большей или меньшей тенденции поражать нервную систему, причем наблюдается даже предпочтительная локализация инфекционного процесса в определенных местах мозга (см. эпидемический энцефалит, хорею и пр.). Наконец, самый факт острого или хронического течения инфекций различно отражается на заболеваемости нервной системы; при этом в острых случаях наблюдаются более бурные реакции и вместе с тем более однообразные при разных инфекциях, причем специфические свойства болезнетворного агента ступшеваются, при хронических же и отчасти подострых инфекциях организм постепенно приспособляется к инфекции и психические проявления, будучи реакцией на медленно протекающий инфекционный процесс, приобретают известные различия, в зависимости от особенностей инфекции и ее локализации. Так, например, энцефалиты, развиваясь в связи с острыми инфекциями (скарлатина, тиф), дают быстрое разрушение мозгового вещества; соответствующие клинические симптомы не зависят при этом от того, каким болезненным агентом произведено данное разрушение (скарлатиной, тифом или каким иным); напротив, при хроническом люэтическом энцефалите, при летаргическом энцефалите и прочих более медленно протекающих процессах сохраняется их специфичность. Таким образом одинаковые картины экзогенных психозов зависят не только от самого факта экзогенности, а и оттого, остро или хронически течет инфекция. Однако, конечно, и это недостаточно определяет особенности психозов, важно еще учитывать локализационный момент [например, при бешенстве (lyssa), несмотря на острое течение, имеются все же особенности, связанные с локализацией].

После этих кратких замечаний переходим к описанию отдельных форм; весь соответствующий весьма большой материал мы подразделяем на острые и хронические инфекционные психозы и при этом с непосредственной мозговой локализацией или же без нее.

Психозы на почве острых инфекций без непосредственной мозговой локализации.

Сюда относятся симптоматические психические изменения и послеинфекционные экзогенные типы реакции.

1. Симптоматические психические изменения при острых инфекциях проявляются в виде так называемого лихорадочного бреда, который развивается во время самого действия инфекции и зависит от изменений омывающей мозг крови, связанных с повышением температуры и циркуляцией токсинов. Бред, галлюцинации, затемнение сознания, дезориентировка в окружающем, состояние двигательного возбуждения — обычная картина психических изменений в течение таких тяжелых и острых инфекций с высокой температурой, как тифы, скарлатина, крупозное воспаление легких и т. п. Как только падает температура и инфекционный процесс заканчивается, то сходят на-нет и острые психические изменения. Доброкачественность таких психозов, являющихся лишь симптомом общего заболевания (откуда и название симптоматический), а также отсутствие специфичности в картине болезни, относительная независимость от свойств болезнетворного агента, — все эти свойства психозов связаны с тем обстоятельством, что в неосложненных случаях инфекция не поражает нервной системы непосредственно, мозг лишь вовлекается в страдание, как один из органов больного организма вследствие изменения свойств крови. От лихорадочного бреда, связанного с температурой, отличаются так называемый инфекционный бред, развитие которого возможно и при нормальной температуре. Инфекционный бред может наблюдаться в начале болезни еще до сколько-нибудь значительного повышения температуры, очевидно, в связи с отравным влиянием на мозг начинающейся инфекции; инфекционный бред выражается общей разбитостью, резкой оглушенностью, головными болями и обыкновенно в дальнейшем — расстройством сознания с возбуждением. Иногда, наоборот, инфекционный бред развивается после критического падения температуры — это так называемый бред коляпса. В некоторых случаях далее лихорадочный бред не заканчивается с падением температуры, а продолжается еще некоторое время, и в таком случае он носит название резидуального остаточного бреда. Все эти формы инфекционного бреда кратковременны, заканчиваются сами по себе и дают благоприятный исход, если только вообще больной не погибает от инфекции. Проявления инфекционного бреда очень близки к ли-

хорадочному и, в сущности, различия этих форм настолько не существенны, что полное их разграничение невозможно. Клинически ■ анатомически мы имеем, в сущности, один острый инфекционный симптоматический психоз, развивающийся во время, в начале или в конце острых тяжелых инфекций. Анатомически при таких психозах наблюдается изменение нервных клеток в виде мутного набухания, тигролиза, причем, однако, эти изменения так неглубоки, что в случае выздоровления больного клетки возвращаются к норме ■ никаких последствий такое психическое заболевание в дальнейшем не влечет. Симптоматические психические изменения при острых психозах сами по себе не требуют лечения, они обычно протекают ■ соответствующих соматических больницах, необходим лишь тщательный надзор за такими больными, основная же терапия должна быть направлена на самую инфекцию.

2. Послеинфекционные экзогенные типы реакции. Под экзогенными типами реакции (Бонгефер) следует понимать психические расстройства, развивающиеся непосредственно после инфекции и являющиеся следствием истощения нервной системы, действия токсинов, высокой температуры и вообще ненормального питания мозговой ткани, при отсутствии непосредственной локализации инфекции в мозгу. Экзогенные реакции бывают довольно разнообразны по внешним проявлениям, но все же можно выделить две основные формы: острую спутанность и послеинфекционную психическую слабость; неспецифичность этих форм особенно проявляется в том обстоятельстве, что они могут развиваться не только после инфекции, но ■ в связи с другими истощающими организм заболеваниями (интоксикации, кахексия на почве рака, злокачественной анемии и пр.).

Аменция, или острая спутанность, раньше понималась очень широко, обнимая собой не только инфекционные психозы, но и иные состояния спутанности, которые, как выяснилось в настоящее время, могут быть проявлением различных других психических болезней (особенно часто шизофрении). Таким образом, в настоящее время понятие об аменции сужено и к ней относят лишь заболевания, связанные с истощением после инфекции или других тяжелых соматических заболеваний. Иногда аменция развивается и во время самого инфекционного заболевания, если последнее имеет более или менее затяжной характер (например, при подострых послеродовых болезнях). Аменция характеризуется главным образом развитием спутанности, сопровождается бредом, галлюцинациями, иллюзиями и двигательным возбуждением. Болезнь обыкновенно начинается бессонницей; больные беспокойны, боязли-

вы, растеряны, не ясно воспринимают окружающее, теряют ориентировку, им все вокруг кажется странным, изменившимся, непонятным. В дальнейшем беспокойство усиливается, больные вскакивают, куда-то стремятся, много и бессвязно говорят, высказывают бессистемный бред величия, преследования и пр. Им слышатся голоса, что-то мерещится, иногда сложные картины устрашающего характера, слышится пальба, ощущается трупный запах и т. п. Окружающее толкуется ими бредовым образом: кругом преступники, больного сейчас поведут на казнь, слышен звон колоколов; больной находится в аду, в подземелье, на небесах и т. п. Настроение то повышенное, то плаксивое; бывают приступы страха, гнева, тревоги. Речь приобретает характер отрывочный, состоит из непонятного набора слов. В картине болезни преобладают то делириозные черты, то маниакальные или депрессивные, в некоторых случаях наблюдаются кататонические симптомы — негативизм, стереотипные позы, бывают также картины, похожие на сумеречные состояния эпилептиков (сновидные состояния, трансы и т. п.). Наконец, иногда аменция принимает особенно бурный характер типа острого бреда с повышением температуры и крайним беспокойством. Вследствие недостаточного сна, часто плохого аппетита и резкого двигательного возбуждения аментивные больные обычно резко худеют. Через несколько недель болезнь достигает кульминационного пункта, после чего больные становятся постепенно спокойнее и обычно через два-три месяца выздоравливают. Воспоминание о времени болезни в большинстве случаев бывает недостаточным. *Прогноз* в общем благоприятен, нужно однако иметь в виду, что иногда болезнь заканчивается смертью вследствие общего истощения. *Распознавание* иногда представляет затруднения в смысле отграничения от маниакально-депрессивного психоза и шизофрении, которые, как уже упоминалось, могут развиваться после инфекции. При этом нужно иметь в виду, что и маниакально-депрессивный психоз и особенно шизофрения в своих острых проявлениях нередко дают картину спутанности, свойственной аменции. С другой стороны аменция, как мы видели, может проявляться кататоническими и депрессивными симптомами. Наличие истощающего момента, благоприятное течение болезни и исход в выздоровление при отсутствии стойких шизофренических симптомов позволяют отграничить аменцию от шизофрении. Что же касается маниакально-депрессивного психоза, то при нем спутанность аментивного характера бывает не так часто, обычно лишь на высоте болезни и продолжается сравнительно короткое время; кроме того, конечно, важно установить связь заболевания с исто-

щающим моментом при аменции. Конечно состояния спутанности аментивного характера возможны и при различных органических психозах (прогрессивном параличе, сифилисе мозга, артериосклерозе и пр.), но при всех этих болезнях всегда имеются соответствующие неврологические и серологические симптомы, более или менее обеспечивающие точность диагноза. Эпилептические сумеречные состояния более кратковременны сравнительно с аменцией (продолжаются они несколько часов, дней ■ лишь очень редко недель), отличаются внезапным началом и концом болезни и эндогенным проявлением, без связи с истощающим моментом. *Патологическая анатомия:* острые изменения нервных клеток (мутное набухание, тигролиз и пр.), причем эти изменения способны к восстановлению, вследствие чего не остается непоправимых стойких остатков процесса.

Состояния послеинфекционной психической слабости. Эта форма характеризуется общим временным ослаблением психических функций и может считаться проявлением истощения, угнетения психических центров, в противоположность возбуждению, свойственному аменции. Однако родство обеих форм послеинфекционного психоза несомненно, так как существуют случаи переходные, в частности нередко состояния слабости устанавливаются не сразу, а после более или менее короткого периода аментивного состояния. Состояние психической слабости представляет из себя заболевание, в котором особенно ярко сказывается нарушение функций не только центральной нервной системы, но и всего организма; состояния функциональной недостаточности всего организма несомненно зависит (помимо общего истощения и нарушения инфекцией жизнедеятельности тканей и органов) от поражения вегетативной нервной системы; изменение последней при тяжелых инфекциях в настоящее время доказано и может считаться очень важным фактором, объясняющим многие симптомы как во время самой инфекции, так и после ее окончания. При состояниях послеинфекционной психической слабости мы имеем дело со следующими симптомами: питание больных резко понижено, они крайне слабы физически, вялы, апатичны, должны лежать в постели. Сон и аппетит очень плохой; чрезвычайно резко выражена утомляемость после малейшего физического или умственного напряжения, простого разговора и пр. Внимание больных крайне неустойчиво, они ни на чем не могут сосредоточиться; память ослаблена, больные кажутся потерявшими свои знания и навыки; соображают плохо и с трудом. Вместе с тем они капризны, раздражительны, иногда наблюдаются приступы страха, особенно по ночам. Настроение

обычно подавленное, нередко эпизодические галлюцинации, бредовые идеи большей частью неприятного содержания: они высказывают мысли, что их убьют, отравят, что их близкие умерли и т. п. Ориентировка обычно неясная, ■ более тяжелых случаях больные лежат почти неподвижно, едва в состоянии говорить, не могут есть самостоятельно, неопрятны и пр. Такое состояние может продолжаться несколько недель или месяцев ■ обычно заканчивается постепенным выздоровлением. Психические силы, запас знаний, работоспособность восстанавливаются параллельно с медленным улучшением общего соматического состояния. *Течение* довольно длительное — несколько месяцев; выздоровление если наступает, то очень медленно и постепенно. И после формального выздоровления остается долгое время общая слабость, пониженная работоспособность, быстрая утомляемость. *Прогноз* нужно ставить с осторожностью, так как возможна смерть от истощения или же переход в хроническое состояние послеинфекционного слабоумия. Таким образом исход болезни не одинаков в разных случаях. Наряду с благоприятными случаями, соответствующими старому названию *dementia acuta curabilis*, которые заканчиваются полным выздоровлением, возможны состояния стойкого слабоумия — больные апатичны, вялы, забывчивы, не могут работать; однако и эти случаи все же не имеют прогрессивного течения, а, напротив, постепенно дают некоторое улучшение. *Патологическая анатомия* выражается в более резких, сравнительно с аменцией, поражениях нервных клеток; эти изменения однако все же в большинстве случаев таковы, что возможно восстановление, в неблагоприятных случаях нервные элементы местами совершенно разрушаются и на их месте развиваются запустения, которые и являются субстратом стойкого психического оскудения. *Распознавание* базируется главным образом на связи с инфекцией, на наличии соматических явлений истощения. Стойкие состояния слабоумия в неизлечимых случаях отличаются от шизофрении отсутствием прогрессивного течения и специфических шизофренических симптомов. *Лечение во всех формах* послеинфекционного психоза сводится преимущественно к заботам о соматическом состоянии больного, о поднятии питания и улучшении обмена веществ. Необходимы покой, постельное содержание, ванны, а также лекарственные средства, имеющие целью успокоение больного, улучшение его сна и пр. В тяжелых случаях следует заботиться о том, чтобы не допускать пролежней. И после выздоровления требуется длительный отдых, так как организм после такой болезни, конечно, является резко истощенным.

Психические расстройства после острых инфекций с непосредственной мозговой локализацией.

Если инфекция непосредственно поражает мозг, то в результате получается не только более резкая его общая реакция, но и местные явления, зависящие от локализации процесса в том или ином участке мозга. Важнейшей же особенностью таких поражений являются стойкие последовательные симптомы выпадения тех или иных функций вследствие разрушений мозгового вещества. Все эти болезненные формы протекают с повышенной температурой, которая зависит от самого мозгового поражения, в противоположность лихорадочному бреду, при котором температура связана с поражением других органов или же с общей инфекционной интоксикацией. Переходим к описанию отдельных форм.

Острый гнойный менингит сопровождается резкими явлениями: бредовая спутанность, беспокойство с галлюцинациями при высокой температуре, сильные головные боли, повышение болевой чувствительности, рвота, ригидность затылка; нередко присоединяются эпилептиформные судорожные припадки, подергивания отдельных мускульных группах, явления джексоновой эпилепсии, симптомы со стороны черепных нервов, ускорение или замедление пульса, расстройство равновесия, симптом Кернига и пр. В отдельных случаях наблюдаются параличи и парезы, застойный сосок зрительного нерва. В цереброспинальной жидкости отмечается резкое увеличение числа клеточных элементов (лимфоцитов и лейкоцитов), увеличение количества белка и глобулинов. *Патогенез* гнойных менингитов бывает различен. В некоторых случаях мы имеем осложнение какой-либо общей инфекции: тифа, рожи, инфлюэнцы, дифтерии и пр., в других — заболевания являются последствием поражения среднего уха, полости носа. Наконец, в более редких случаях менингит может быть как бы самостоятельной болезнью, следствием первичного поражения оболочек — при эпидемическом цереброспинальном менингите и при травмах черепа с непосредственным загрязнением оболочек. *Течение* очень бурное и быстрое. Иногда через несколько часов или дней после начала болезни наступает смертельный исход; в редких случаях болезнь тянется несколько недель. Злокачественность течения до известной степени зависит от возбудителя менингита; современные методы лечения понизили во всяком случае смертность от этой болезни с 80% до 20—30%. В случае, если больной остается в живых, возможно полное выздоровление, однако остатки процесса в виде утолщения мозговой оболочки нередко являются основой

для последовательных хронических симптомов — парезов, эпилептиформных припадков, общего упадка психической деятельности. *Распознавание* основывается на резком увеличении числа клеток в цереброспинальной жидкости с большим количеством лейкоцитов, на наличии бактериального возбудителя, на констатировании симптомов раздражения оболочек (ригидность затылка, повышенная чувствительность ■ пр.). От абсцесса мозга менингит отличается наличием более резких симптомов раздражения и более высокой лихорадкой. *Патологическая анатомия*: помутнение и утолщение мягкой мозговой оболочки, ее сращение с поверхностью мозга; в оболочках обнаруживается масса клеточных элементов, преимущественно лейкоцитов, и бактерий. Вещество мозга обычно сравнительно мало изменено, но местами в поверхностных слоях отмечается гибель нервных клеток и разрастание глии. Обычно также увеличено кровенаполнение мозговых сосудов. В случаях старых, давно протекавших менингитов обнаруживается фиброзное утолщение оболочек и местные частичные запусения в поверхностных слоях коры. Патолого-анатомически, как и клинически, картина изменений оказывается независимой от свойства инфекции. *Лечение* является в настоящее время далеко не безнадежным делом. Если известен возбудитель, то полезно применение соответствующей сыворотки; также показано внутривенное впрыскивание колларгола или электраргола. Далее, в случаях, когда исходным пунктом заболевания является ухо, нос или же травматическое повреждение черепа, требуется местное хирургическое лечение, удаление гноя, осколков кости и пр. Полезны повторные люмбальные пункции с целью удаления цереброспинальной жидкости и понижения внутричерепного давления; применяются также трепанация и промывание оболочек физиологическим раствором поваренной соли и даже дезинфицирующими жидкостями, но этот способ лечения недостаточно проверен. По видимому, лучше действует вдувание через люмбальную пункцию обеззараженного воздуха или кислорода; в случаях, когда последствия протекшего менингита сказываются припадками и прочими явлениями раздражения коры, иногда бывает показано хирургическое удаление рубцов и утолщений. Далее, при менингите показано постельное содержание, покой, ванны, холод на голову, кровопускания (пиявки); при сильных болях морфий, при резком беспокойстве морфий со скополамином.

Серозный менингит также может являться последствием различных инфекций; при этом увеличивается количество цереброспинальной жидкости вследствие воспалительного раздражения

pl. chorioidei и эпендимы. По своим симптомам серозный менингит ■ общем близок к только что описанному гнойному менингиту, но отличается менее бурным и обычно более длительным течением и особенно частым расстройством зрения. В цереброспинальной жидкости увеличено количество лимфоцитов, но не лейкоцитов, как при гнойном менингите. Болезнь часто заканчивается смертью; в случаях, если больной выживает, возможно полное выздоровление, нередко же последствием является гидроцефалия, стойкое ослабление зрения и задержка развития (после серозного менингита, перенесенного в раннем детстве). Лечение сводится к повторным люмбальным пункциям и надрезу мозолистого тела.

Острые энцефалиты развиваются также в связи с разнообразными инфекциями; при этом, как и менингиты, энцефалиты по своим проявлениям больше зависят от места и распространенности поражения, чем от свойств возбудителя. Энцефалиты протекают при повышенной температуре (однако обычно не столь высокой, как менингиты), с головными болями, рвотой, беспокойством, бредом; больные дезориентированы, куда-то стремятся; наблюдаются состояния страха и пр. Очень часты эпилептиформные припадки, иногда параличи и парезы. Сухожильные рефлексy вначале бывают понижены, затем повышены, причем наблюдается клонус стопы, симптом Бабинского и др. патологические рефлексy. Даже при отсутствии параличей больные обычно не могут держаться на ногах; нередко наблюдается расстройство речи, иногда выраженная афазия. Длительность болезни от нескольких дней до нескольких месяцев. В последнем случае бывают колебания в течении болезни. Энцефалиты часто заканчиваются смертью. В случае, если больной выживает, возможно почти полное выздоровление; в других случаях остаются те или иные очаговые симптомы, зависящие от локализации процесса. Энцефалиты развиваются часто уже в течение той или иной тяжелой инфекции, и тогда они покрываются, так сказать, общими явлениями основной болезни, течение которой представляется лишь особенно тяжелым. В случаях, когда энцефалит присоединяется к инфекционной болезни, которая сама по себе протекает обычно не со столь тяжелыми симптомами (грипп, корь и пр.), явления энцефалита доминируют в картине заболевания и имеют как бы самостоятельные симптомы и течение. Из таких острых энцефалитов с самостоятельным течением в особенности следует упомянуть о так называемом остром бреде (delirium acutum). Под названием острого бреда подразумеваются тяжелые, быстро протекающие заболевания, которые нередко бывают проявлением других болезней (например, прогрессивного па-

ралича), но также могут развиваться ■ в связи с острыми инфекциями; при этом основная болезнь — плеврит, ангина, грипп — может быть сама по себе очень легкой. *Delirium acutum* проявляется бессонницей, резким возбуждением, спутанностью, бредом, повышением температуры; больные дезориентированы, галлюцинируют, высказывают бред преследования ■ величия; возбуждение носит насильственный характер, нередко подергивания. Болезнь часто заканчивается смертью. Происхождение *delirii acuti*, повидимому, связано с острым внедрением возбудителей ■ мозговую ткань. Это может зависеть главным образом от препсихотической инвалидности мозга; часто острый бред развивается во время инфекции у субъектов с люэтическим поражением сосудов, благодаря которому облегчается проникновение возбудителей в мозговую ткань (Гуревич). Патолого-анатомически при энцефалитах наблюдается резкое размножение глии, которая иногда располагается узелками (при сыпном тифе), гибель нервных клеток, инфильтрация сосудов лимфоцитами, иногда с примесью плазматических клеток, разрастание элементов сосудистых стенок, размножение сосудов, накопление продуктов распада. Острый энцефалит дает разрушения, не способные к восстановлению. На месте процесса образовывается рубец, частью из элементов глии, частью из мезодермы. Величина и распространенность таких запусений коры сказывается в большей или меньшей функциональной недостаточности мозга.

Абсцесс мозга. образуется в связи с инфекцией и обычно в результате нагноения в других органах, например, в ухе. Возбудителем могут служить разнообразные бактерии — стафилококки, стрептококки, тифозные бациллы и пр. В отличие от менингита и энцефалита, абсцесс может вначале не сопровождаться бурными симптомами; небольшие повышения температуры, общая разбитость, головные боли могут продолжаться неделями и месяцами, причем диагноз остается все время неясным; в других случаях сразу же устанавливается тяжелое состояние с судорожными припадками, расстройством сознания, застойным соском и пр. В дальнейшем, абсцесс может прорваться в сторону желудочков или оболочек и дать бурные явления; иногда, впрочем, абсцесс закапсулируется и долго не проявляется резкими симптомами, однако всегда остается опасность распространения гноя. Конечно, здесь многое зависит от места абсцесса. Распознавание абсцесса, его точная локализация очень важны, так как единственным рациональным способом лечения является своевременная хирургическая операция — удаление гноя.

Хронические последствия острых инфекционных психозов.

При описании отдельных острых психозов нами уже указывалось на возможность неполного выздоровления, как последствия стойких изменений мозговой ткани. В частности инфекции в детском возрасте нередко влекут за собой явления недоразвития; особенно часты последствия тяжелых острых менингитов и энцефалитов в виде стойких параличей, эпилептиформных припадков и пр. Здесь необходимо отметить еще дополнительно так наз. послеинфекционные изменения характера. Особенно своеобразны наблюдаемые после тяжелых инфекций изменения характера у детей; они выражаются в состояниях, похожих на психопатии: больные становятся злыми, раздражительными, склонными к антисоциальным поступкам, с трудом подчиняются дисциплине. Такие состояния описаны после малярии, сыпного и брюшного тифа, скарлатины; они, повидимому, очень стойки и упорны и по своим проявлениям сходны с более часто встречающимися аналогичными изменениями после эпидемического энцефалита, о чем будет речь ниже.

Особенности психозов при различных острых инфекционных заболеваниях.

Хотя, как уже указывалось, острые инфекции дают типы мозговой реакции и даже местные поражения мозга, по своей картине почти независимые от свойств возбудителя и, следовательно, единообразные при разных основных болезнях, однако это положение требует оговорки в том смысле, что, во-первых, разные инфекции обладают неодинаковой склонностью к непосредственному поражению нервной системы и, во-вторых, некоторые острые инфекции обнаруживают склонность к локализации в определенных частях мозга, вследствие чего получаются свойственные этим болезням специфические картины психических изменений. Эти обстоятельства делают необходимым краткое рассмотрение важнейших инфекционных болезней с точки зрения частоты и особенностей связанных с ними психозов.

Брюшной тиф. Эта болезнь часто сопровождается психическими расстройствами; помимо обычного лихорадочного бреда на высоте болезни, при тифе часто наблюдается инициальный бред еще до повышения температуры, что указывает на особую токсичность инфекции. Обыкновенно случаи тифа с инициальным бредом (часто маниакального характера) бывают очень тяжелы и в 50 — 60% заканчиваются смертью. Часто при тифе бывает также и резиди-

дуальный бред, ■ также бред коляпса. Нередко развиваются после тифа аменция ■ послеинфекционное состояние слабости, иногда проявляющееся в виде амнестического симптомокомплекса. Во всяком случае, выздоровление после тифа обычно бывает медленным ■ сопровождается более или менее выраженным состоянием психической слабости. Тяжесть психозов при тифе зависит от того, что при этой инфекции бывают значительно выражены поражения нервных клеток и изменения глии, а в некоторых случаях и менингиты, при этом не всегда возможно полное восстановление, вследствие чего иногда наблюдаются стойкие состояния исходного слабоумия.

При сыпном тифе психические изменения бывают еще чаще, чем при брюшном. Вначале болезни нередки маниакальные состояния, затем пышный бред с очень сложными переживаниями, фантастическими путешествиями, катастрофами, при ярких галлюцинациях и иллюзиях (Гиляровский). Очень часты мучительные шумы в ушах. После падения температуры при сыпном тифе также обычен резидуальный бред, а в дальнейшем развитие аментивных состояний; нередки менингеальные явления и связанные с диффузными энцефалитами симптомы очаговых выпадений, в частности афазия. При этой болезни наблюдаются довольно часто непосредственные поражения мозга в виде энцефалитических очагов, узелков, образующихся в результате скопления глии и лимфоцитов, большей частью вокруг сосудов. Глиозные узелки располагаются во втором — пятом слоях коры, а иногда и в стволовой части мозга (поражение продолговатого мозга может быть смертельным ввиду имеющих там центров, важных для жизни). В случае выздоровления эти энцефалитические очажки дают запустения, которые и являются причиной того нередко наблюдаемого факта, что перенесшие тиф становятся менее способными, более слабыми психически людьми, чем были до заболевания. В тяжелых случаях возможно и более значительное стойкое слабоумие.

При возвратном тифе обычны бурный лихорадочный и коляпсный бред, нередко менингеальные явления. Зато энцефалиты бывают редко, и соответственно с этим менее обычны последствия в виде стойких дефектов психики.

При паратифе психические расстройства сравнительно редки.

Очень часты психические изменения при воспалении легких; они проявляются в виде довольно бурного лихорадочного бреда; у алкоголиков часто развивается белая горячка; далее, довольно обычны менингиты, бред коляпса и психозы типа острого бреда. Вообще, воспалению легких более свойственны острые формы пси-

хическому
нения.
Рожа.
в связи с
лезни выс
также бес
птомоком
При ос
возбуждени
жаться пос
нием. Набл
щими стойк
При скар
лихорадочн
сколько дне
заболевани
с другой ст
явления. Нер
При кори
соответствую
вались и в с
и менингиты.
При дифт
также грубые
ный же лихор
явление при
При холер
наблюдались
ного характера
При чуме
ния со страхом
Для гриппа
инфекционный
болевания в вид
тяжелые энцеф
выми симптома
При суставн
тельно не редки
часто с эпилеп
ности, ино
резкая

хических расстройств, реже последовательные хронические изменения.

Рожь. Бурные психические изменения часто развиваются в связи с рожей, что отчасти зависит от свойственных этой болезни высоких температур. В связи с рожей нередко развивается также белая горячка у алкоголиков ■ иногда амнестический симптомокомплекс.

При оспе часто наблюдаются состояния эпилептиформного возбуждения (Бонгефер). Аментивные состояния могут продолжаться после оспы месяцами и обычно заканчиваются выздоровлением. Наблюдаются также менингиты и энцефалиты с последующими стойкими изменениями.

При скарлатине вначале болезни обычно наблюдается бурный лихорадочный бред с резким возбуждением, которое длится несколько дней. Важно иметь в виду, что, с одной стороны, частые заболевания уха могут привести к менингиту и абсцессам мозга, с другой стороны, заболевания почек могут дать уремические явления. Нередки также энцефалиты в связи с скарлатиной.

При кори психические изменения менее резки, но в общем соответствуют тем, которые наблюдаются при скарлатине. Описывались и в связи с коклюшем у детей депрессивные состояния и менингиты.

При дифтерии нередко изменения периферических нервов, а также грубые мозговые поражения (менингиты, абсцессы); обычный же лихорадочный инфекционный бред сравнительно редкое явление при этой болезни.

При холере, несмотря на тяжесть болезни, психозы не часты; наблюдались бред коляпса, аменция ступорозного или маниакального характера, амнестический симптомокомплекс с полиневритами.

При чуме описаны сонливость и резкое состояние возбуждения со страхом и склонностью к самоубийству.

Для гриппа характерно то обстоятельство, что при нем реже инфекционный лихорадочный бред и чаще послеинфекционные заболевания в виде аменции и состояний слабости; наблюдаются также тяжелые энцефалиты с последующими стойкими общими и очаговыми симптомами.

При суставном ревматизме инфекционные психозы сравнительно не редки; лихорадочный бред отличается бурным течением, часто с эпилептиформными состояниями возбуждения и спутанности, иногда с судорогами и подергиваниями; при этом нередко резкая гипертермия, опасная для жизни больного (повышение температуры до 42°); наблюдаются также менингиты. После па-

дения температуры иногда развивается состояние аменции, часто со ступорозными симптомами.

При пиэмических ■ септицемических процессах обычны делириозные состояния — вначале течение нескольких дней — с резким возбуждением; ■ дальнейшем, больные становятся спокойными, преобладает оглушение; болезнь часто оканчивается смертью. Сюда относятся некоторые послеродовые психозы ■ такие заболевания, как гангрена легких, злокачественные ангины, флегмоны, абсцессы и пр. В таких случаях возможно развитие абсцессов и в мозгу.

При малярии психозы проявляются в виде галлюцинаторного бреда, эпилептиформных состояний возбуждения, острой спутанности и пр. (Перельман). Возможно также развитие в связи с малярией корсаковского синдрома, хронических изменений характера, стойкого слабоумия (на почве малярийного менинго-энцефалита).

Особняком среди других острых инфекций нужно поставить бешенство (lyssa), своеобразные симптомы которого связаны также с особенностями локализации. Болезнь начинается через 2—10 недель после заражения и проявляется сначала головной болью, повышенной чувствительностью на внешние раздражения, сухостью во рту, сильной жаждой, спазмами глотания. Вместе с тем развиваются состояния страха, галлюцинации, бредовые идеи; в дальнейшем больные приходят в состояние сильного возбуждения, наступают параличи, главным образом ног, судороги, расстройства речи. В таком состоянии больные погибают через несколько дней после начала острых явлений. *Лечение* развившихся явлений бешенства совершенно безнадежно и единственной мерой против этой болезни являются профилактические пастеровские прививки.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ■ СВЯЗИ С ПОДОСТРЫМИ ■ ХРОНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

При острых инфекциях, как мы видели, ■ экзогенные типы реакции ■ психозы, связанные как с непосредственным поражением мозга, так и с их последствиями, неспецифичны, так как при бурном течении инфекций их клинические и анатомические особенности отступают ■ значительной мере на задний план. Иное дело при подострых и хронически развивающихся инфекциях. Здесь мы имеем дело не с быстрым разрушением и последующим рубцеванием и стационарным состоянием, а с прогрессиентно развивающимися изменениями в мозгу, постепенно нарастающими процессами, которые носят характерные черты данной инфекции. Если и при этих инфекциях бывают явления общего порядка в виде неспецифических реакций, то все же основные особенности инфекции настолько выступают на первый план, что не может быть и речи об общем описании относящихся сюда заболеваний, как это имело место по поводу острых инфекций.

Среди подострых и хронических инфекций, дающих психические изменения, мы имеем такие, которые обладают исключительной склонностью к непосредственной мозговой локализации (хорея, эпидемический энцефалит, рассеянный склероз), далее такие, при которых психические расстройства преимущественно связаны с непосредственным мозговым поражением (сифилис, поражающий, конечно, и другие ткани организма) и, наконец, инфекции, сравнительно редко дающие непосредственную мозговую локализацию (туберкулез). Перейдем к описанию отдельных болезней.

Инфекционная хорея.

Хорея представляет из себя заболевание, преимущественно свойственное молодому возрасту; большей частью заболевают дети и подростки от 5 до 15 лет. При этом чаще заболевают дети слабого (астенического и инфантильного) телосложения, анемичные

и легко возбудимые, девочки заболевают значительно чаще (раз в три), чем мальчики. Инфекционный характер заболевания нерезко выражен, хорея часто течет с нормальной температурой, иногда наблюдаются небольшие субфебрильные повышения. Инфекционное происхождение хореи установлено лишь недавно, возбудитель же болезни до сих пор неизвестен. Очень частая связь хореи с суставным ревматизмом и с болезнями сердечных клапанов заставляет предполагать, что все эти заболевания, включая хорею, обязаны, быть может, своим происхождением одному и тому же возбудителю.

Симптомы и течение хореи. Главным симптомом хореи является наличие непроизвольных движений, так наз. хореатических, откуда и название. Эти движения нарушают координацию, усиливаются при волнении и при работе, ослабевают при покое и почти отсутствуют во время сна. Наряду с двигательными расстройствами, при хореи постоянно бывают и изменения психики, выражающиеся в большой утомляемости, нестойкости внимания, потере работоспособности, неровном настроении, плаксивости; нередко также наблюдаются вспышки аффектов гнева и страха. Реже развиваются резко выраженные психозы — обычно в форме галлюцинаторной спутанности типа аменции, или же депрессивных и маниакальных состояний. В большинстве случаев болезнь развивается исподволь, незаметно. Больные становятся постепенно бледными, анемичными, быстро утомляются. Замечается раздражительность, плаксивость, явления, напоминающие неврастению; расстройства движений начинаются в лице, затем в руках, при этом отмечается неловкость, неровное письмо, больные бьют посуду, роняют вещи на пол и пр. Все эти явления вначале нередко оцениваются окружающими, как баловство и неряшливость. Лишь через несколько недель двигательное беспокойство и психические изменения настолько усиливаются, что становятся для всех явно болезненными. Постоянные гримасы, движения в пальцах, подергивания головой, подпрыгивания и т. п. резко нарушают целесообразные движения и придают своеобразный вид больному. Ему становится трудно есть самостоятельно, он не может донести ложку до рта, приходится кормить его из рук; расстраивается походка, на высоте болезни больной прикован к постели и совершенно беспомощен, приходится даже иногда применять меры к тому, чтобы он не ушибался о стену, о край кровати и пр., так как двигательное беспокойство становится совершенно беспорядочным. Вместе с тем расстраивается речь и даже глотание и дыхание; наблюдаются также в тяжелых случаях парезы конечностей и вегетативные

расстройства в виде кожных эритем, расстройств сердечной деятельности и проч. Температура на высоте болезни может быть повышена до 38—39°. Тяжелые симптомы, опасные для жизни, к счастью бывают не так часты и болезнь обычно заканчивается в течение 2—3 месяцев. Дольше всего держатся гиперкинезы в пальцах и лицевой мускулатуре, т. е. там, где обнаруживаются первые признаки заболевания. *Предсказание* при хорее в общем более серьезно, чем это принято думать. Не говоря уже об осложнениях со стороны сердца ■ дыхания, затруднение ■ приеме пищи и постоянное двигательное беспокойство при повышенной температуре резко истощают больного и могут привести к смертельному исходу. Из бывших под нашим наблюдением более чем 30 случаев 2 окончились смертельно. Далее, предсказание при хорее омрачается тем обстоятельством, что эта болезнь чрезвычайно склонна к рецидивам. В большинстве случаев, однако, заболевание оканчивается полным выздоровлением. *Распознавание* обычно не представляет затруднений; важно не смешать ее с симптоматической хореей при других мозговых заболеваниях (в частности иногда эпидемический энцефалит протекает с хореатическими явлениями), но при этом в симптомах и течении болезни обычно бывает достаточно опорных пунктов для распознавания. *Патологическая анатомия.* Благодаря работам Альцгеймера в настоящее время выяснено, что хорея, раньше считавшаяся функциональным заболеванием, имеет определенную патолого-анатомическую основу. При ней наблюдается воспалительный процесс преимущественно в подкорковых ганглиях, реже в белом веществе большого мозга. При *лечении* важно соблюдение полного покоя, освобождение от всяких занятий, даже при самых незначительных явлениях болезни. Далее, показано применение мышьяковых и салициловых препаратов. Ввиду возможности рецидивов и после выздоровления необходимо длительное освобождение от занятий и укрепляющий режим.

Эпидемический энцефалит.

Эпидемический энцефалит изучен лишь за последнее десятилетие. Первые случаи болезни появились во время мировой войны в 1916 году и описаны подробно Экономо. *Патогенез* болезни однако, все еще не выяснен; то обстоятельство, что эпидемический энцефалит нередко начинается после гриппа, одно время заставляло предполагать его гриппозное происхождение; однако дальнейшие исследования не оправдали этой гипотезы, и в настоящее время считают, что эпидемический энцефалит зависит

от особой инфекции, вызываемой неизвестным еще в настоящее время микроорганизмом. Его инфекционное происхождение доказывается не только эпидемическим распространением, анатомическими данными (воспалительный процесс) ■ некоторыми особенностями клинической картины, но и возможностью непосредственного заражения от человека к человеку, причем инкубационный период равняется одной-двум неделям.

Симптомы и течение. Острый стадий. Болезнь начинается в большинстве случаев внезапно; после продромальных явлений (головные боли, общая разбитость) развивается при повышенной температуре (не очень высокой—около 38°), делириозное состояние, сходное с тем, что бывает и при других инфекциях: больные спутаны, дезориентированы, беспокойны, иногда подавлены, имеют растерянный вид, высказывают отрывочный бред, галлюцинируют; очень часты аффекты страха, тревоги. Вместе с тем появляется ряд симптомов, указывающих на непосредственное мозговое поражение: гиперкинезы в виде хореатических, атетозных и миоклонических явлений, поражение глазных мышц, вследствие чего появляется двоение в глазах и расстройство аккомодации, парезы лицевых нервов, повышение чувствительности, иногда эпилептиформные припадки; пирамидные симптомы обычно отсутствуют. Двигательное беспокойство и бессонница, наблюдающиеся ■ первые дни болезни, обычно переходят в сонливость, которая тянется в течение нескольких недель; больные спят днем и ночью, лишь изредка просыпаясь днем, сон ■ общем похож на естественный — больные могут быть разбужены для приема пищи и пр., но затем снова засыпают в любом положении. Вместо сонливости иногда наблюдается, напротив, чрезвычайно упорная длительная бессонница, наконец в ряде случаев бывает извращение времени сна, причем больные спят днем и бодрствуют ночью или же засыпают очень поздно — в три-четыре часа ночи — и затем спят очень долго. При бессоннице обычно ночное беспокойство, очень характерное для этих больных, особенно, если оно проявляется при отсутствии бреда и галлюцинаций; больные находятся в постоянном движении, они перекаладывают вещи с места на место, производят движения руками, дотрагиваясь до разных частей тела, складывают и раскладывают простыни, одеяла и пр. Эти движения, несомненно, носят нецелесообразный насильственный характер, сами больные не могут объяснить, что они делают, но отдельные элементы двигательных действий производятся правильно, в отличие от хореатических двигательных расстройств, при которых нарушается технически самый двигательный акт. Далее, уже в остром периоде

болезни иногда начинаются явления паркинсонизма ■ вегетативные расстройства (слюнотечение, сальное лицо ■ пр.). В общем нужно сказать, что проявления энцефалита в начале болезни бывают разнообразны, далеко не все указанные здесь симптомы бывают налицо, часто дело ограничивается расстройством сна, небольшим повышением температуры, нерезкими психическими изменениями ■ отдельными неврологическими симптомами.

Хронический стадий. После острого периода болезни, продолжающегося в течение нескольких недель, иногда месяцев, наступает обычно улучшение или как бы полное выздоровление. Однако нередко болезнь этим не заканчивается. После более или менее длительного промежутка, от нескольких недель до нескольких лет, наступает часто хронический стадий болезни. В некоторых случаях острый период непосредственно, без светлого промежутка, переходит ■ хронический; бывают и такие случаи, в виде исключения, когда эпидемический энцефалит сразу начинается с хронических проявлений без острого стадия. Симптоматология хронического эпидемического энцефалита чрезвычайно многообразна, в отдельных случаях наблюдаются то одни, то другие симптомы, иногда происходит смена болезненных явлений, часть симптомов сохраняется от острого периода, другая часть появляется вновь во время хронического стадия. Симптоматологию хронического эпидемического энцефалита мы начнем с описания отдельных проявлений. Со стороны *соматики*: расстройство сна — частое явление, но не столь обязательное, как в остром периоде болезни; эти изменения проявляются в сонливости или бессоннице, изменении ритма сна (бессонница ночью, сонливость днем), в затруднении засыпания. Из *неврологических симптомов* расстройства со стороны глаз в хроническом стадий очень часты и разнообразны, иногда, впрочем, они проявляются в виде остатков прежних острых явлений. Сюда относятся: вялость реакции зрачков, нистагмOIDные подергивания, неустойчивость глазных яблок при конвергенции, произвольное закатывание глазных яблок кверху, иногда атрофия зрительного нерва, редкое мигание при расширенных глазных щелях, что придает своеобразный вид некоторым больным; в других случаях наблюдается, наоборот, сужение глазных щелей вследствие птоза. Часто наблюдается повышение назопальпебрального рефлекса (быстрое закрытие глазных щелей при постукивании молоточком по переносице). Далее часты парезы лицевого нерва, отклонение языка от средней линии и пр. Пирамидные расстройства, как и при остром стадий, наблюдаются сравнительно редко. Несколько чаще бывают сенсор-

ные расстройства в виде болей ■ парестезий центрального происхождения. Очень характерны экстрапирамидные расстройства, складывающиеся в симптомокомплекс паркинсонизма (рис 16). Сюда относятся ослабление или же полное

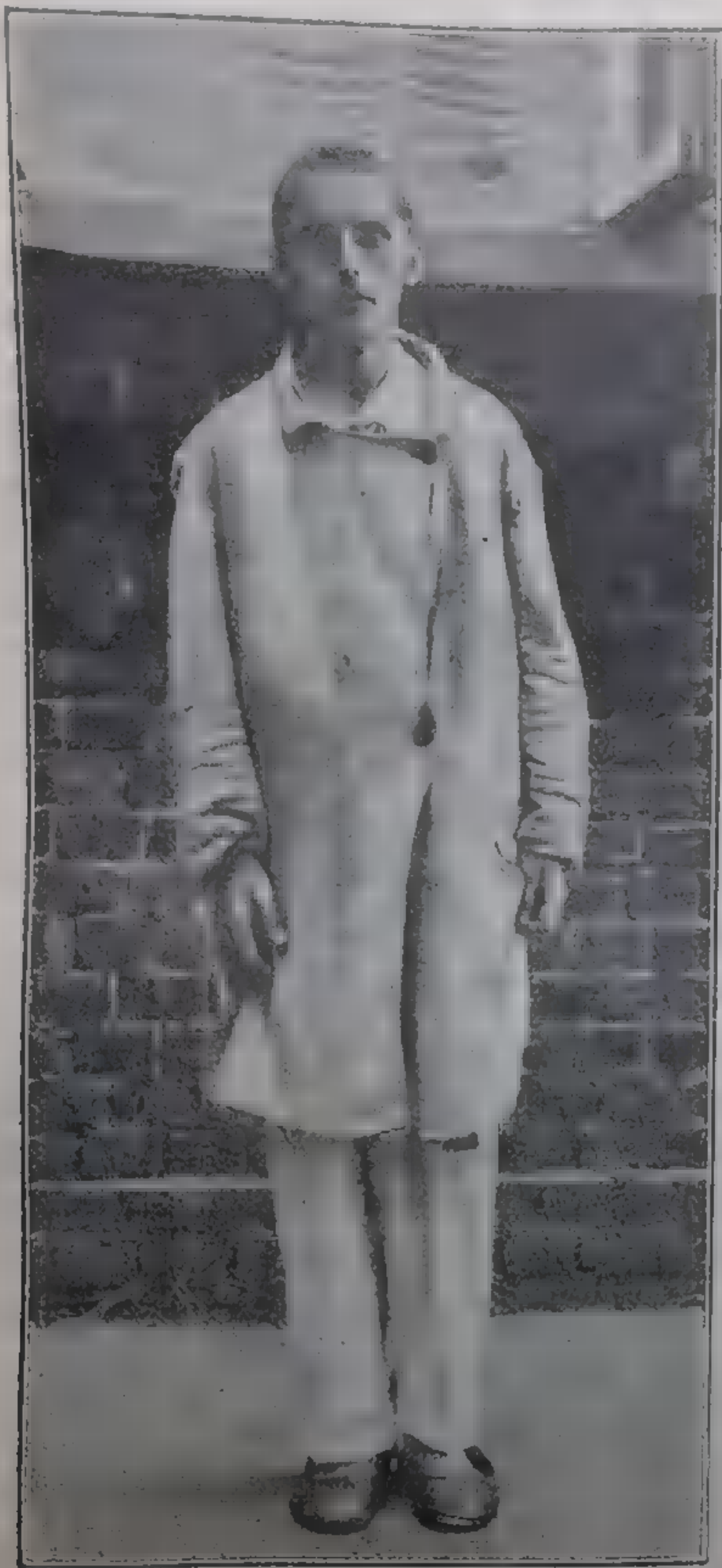


Рис. 16. Эпидемический энцефалит (собств. набл.).

отсутствие автоматических, выразительных и ассоциированных движений, амимия, гипертония мышц, изменения походки (так называемая „походка куклы“), общая связанность движений, их резкое замедление (брадикинезия), своеобразные изменения статики (полусогнутое положение тела), пропульсии, ретропульсии, лятеропульсии (когда больных тянет вперед, назад или в стороны), каталептоидные явления; очень характерно дрожание, главным образом в пальцах рук, как при *paralysis agitans*; речь обычно бывает монотонной, невыразительной, иногда замедленной, иногда, напротив, крайне ускоренной. Нами наблюдался также длительный мутизм, продолжающийся годами. В некоторых случаях бывает расстройство дыхания (в виде приступов одышки), а также жевания и глотания. Наконец, иногда наблюдаются описанные нами экстрапирамидные припадки, при которых усиливаются все экстрапирамидные расстройства (гипертония, дрожание,

адиаимия, нарушение статики) и которые протекают при сохранении сознания. Очень часты *вегетативные* расстройства при хроническом эпидемическом энцефалите: резкое слюнотечение, сальное лицо, усиленное потение, повышенная жажда, вазомоторные расстройства, ускорение пульса, изменения температуры. Исследование

симпатико- и ваготонии дает различные результаты в разных случаях, часто наблюдается повышение тонуса обеих систем. Далее, иногда наблюдается расстройство обмена: ожирение, увеличение количества мочи, изменение ее состава (сахар, белок, уробилин), трофические поражения и пр. В цереброспинальной жидкости отмечается незначительное увеличение белка и глобулина, а также сахара, увеличение количества клеточных элементов (лимфоцитов и изредка плазматических клеток), иногда положительная реакция Вассермана при полном отсутствии указаний на сифилис.

Психические расстройства при эпидемическом энцефалите очень своеобразны и находятся в известном соответствии с двигательными явлениями. Наиболее часты адинамические расстройства, обыкновенно связанные с паркинсонизмом: замедлению двигательных актов (брадикинезии) соответствует замедление психических функций — брадифрения. При этом почти исключительно поражаются активные психические функции: больные апатичны, лишены инициативы, неработоспособны, быстро утомляются, их внимание ослаблено, вместе с тем наблюдается эмоциональная малоподвижность. При недостатке собственной инициативы больные легче выполняют ту или иную работу при подбадривании со стороны, исполняют охотно чужие приказания. В более легких случаях явления адинамии напоминают невроз, выражаясь в слабости (Mangel an Antrieb), нерешительности, в наиболее тяжелых — больные лежат неподвижно и не могут выполнять никакой умственной работы, не проявляют абсолютно ни в чем никакой инициативы; вместе с тем, однако, не только в легких, но и в тяжелых случаях не наблюдается расстройств рецепторных и интеллектуальных функций в тесном смысле слова: больные в состоянии воспринимать раздражения внешнего мира, их формальные способности, относящиеся к интеллекту и памяти, не расстраиваются, запас сведений и мышление не нарушаются, слабоумие в собственном смысле слова не наступает и нарушение деятельности интеллекта является лишь вторичным последствием тяжелых расстройств активных функций. Бреда и галлюцинаций обычно не наблюдается, больные сознательны, ориентированы, понимают свое болезненное состояние, страдают от сознания своей неполноценности.

Помимо описанной выше адинамической формы, при хроническом эпидемическом энцефалите наблюдается вторая, очень частая преимущественно у детей и подростков гипердинамическая форма, выражающаяся, наоборот, в повышении инициативы (Uebermass an Antrieb), чрезмерной подвижности и агрессив-

ности, повышенном стремлении к общению, крайней навязчивости, надоедливости, повышенных влечениях (гиперсексуальности) и т. п. Такие особенности нередко приводят субъекта в конфликт с окружающими (проявления антисоциальности). Соответствующий симптомокомплекс, напоминающий тяжелую форму психопатии (moral insanity, эпилептоидные формы и пр.), проявляется своеобразными изменениями характера при отсутствии сколько-нибудь выраженных интеллектуальных расстройств. Эта форма также может быть связана с явлениями паркинсонизма, выраженного однако обычно не полно, частично — в виде нарушений статики, недостаточности автоматизмов, амимии, но без акинезии — брадикинезии; глазные симптомы — вегетативные расстройства, а также нарушения сна бывают и при этой форме. Очень часто, однако, у детей и подростков постэнцефалитические изменения характера наблюдаются при полном отсутствии паркинсонизма и вообще двигательных, а также вегетативных расстройств и нарушений сна; лишь незначительные неврологические симптомы — в сущности остатки явлений, наблюдавшихся в остром стадии — в виде неравномерности и вялости реакции зрачков, небольшого пареза конвергенции, неравномерной иннервации лица и т. п. — указывают на органическую природу заболевания. Незначительность соматических и неврологических расстройств при постэнцефалитических изменениях характера еще более увеличивает сходство таких больных с психопатами.

Течение эпидемического энцефалита в общем хроническое; острый период представляет из себя во многих случаях лишь начальный стадий длительной тяжелой болезни. Эпидемическому энцефалиту свойственны колебания течения болезни, частые ремиссии и обострения. При хроническом паркинсонизме нередко наблюдаются обострения — с небольшим повышением температуры, усилением экстрапирамидных и вегетативных симптомов, ухудшением расстройств сна и пр. После таких обострений, которые тянутся несколько дней или недель, появляются новые симптомы, которые до того не наблюдались (например, дрожание, парезы и пр.). Иногда, напротив, явления болезни сходят на нет: не только между острым и хроническим стадиям могут быть длительные светлые промежутки, иногда в течение нескольких лет, но и во время хронического стадия также возможны длительные ремиссии. В некоторых случаях хронические изменения неуклонно прогрессируют, больной приходит в совершенно беспомощное состояние и гибнет от маразма. Изменения характера несколько более стационарны по своему течению и обычно лишь по истечении

нескольких лет отмечается некоторое, притом постепенное, улучшение.

Об *исходе* болезни при эпидемическом энцефалите мы пока не можем иметь полного суждения, так как эпидемия наблюдается не более 10 лет ■ судьба больных, перенесших энцефалит, не может считаться окончательно выясненной. Этот недостаток изучения данной болезни нужно иметь в виду и при постановке *прогноза*, который все же в общем можно считать неблагоприятным. В остром стадии значительное число случаев (от 10 до 25%) оканчивается смертью. Паркинсонизм ■ психическая адинамия приводят к резко выраженной инвалидности. Изменения характера, как мы упоминали, чрезвычайно стойки и упорны. Даже в случаях улучшения всегда можно опасаться новых обострений болезни.

Распознавание выраженных случаев не представляет затруднений благодаря характерным симптомам, свойственным этой болезни (расстройство сна, глазные симптомы, паркинсонизм и пр.). В отдельных случаях, однако, возможны затруднения: так, в остром стадии заболевания нередко принимается за грипп, тиф, паратиф и т. п. Очень часто в анамнезе паркинсоников идет речь об этих инфекциях, которые, конечно, в действительности были острым периодом энцефалита. Таких ошибок в большинстве случаев можно избежать при подробном неврологическом исследовании благодаря наличию симптомов со стороны глазных нервов, расстройству сна, наличию бреда (при сравнительно низкой температуре) и прочих явлений, характерных для начального периода энцефалита. От острых менингитов и энцефалитов, связанных с другими инфекциями, эпидемический энцефалит отличается наличием указанных выше характерных для него симптомов, невысокой температурой и менее бурными общими явлениями. При наличии хореатических гиперкинезов возможно сходство с хореей, но присутствие других симптомов обычно помогает распознаванию. В хронической стадии иногда может возникнуть вопрос о дифференцировке от болезни Паркинсона. Последняя однако свойственна лишь пожилому возрасту, при ней не бывает расстройств сна, острых симптомов в анамнезе, глазных расстройств; с другой стороны, при постэнцефалитическом паркинсонизме редко бывает столь выраженное, типичное для болезни Паркинсона дрожание. Хронические энцефалитики с явлениями паркинсонизма иногда по своему внешнему виду напоминают кататоников (связанность движений, малоподвижность, каталептоидные явления, иногда даже мутизм); однако сходство здесь чисто внешнее. При паркинсонизме больные доступны, не проявляют негативизма, расщеплений,

ассоциативных расстройств; у них нет галлюцинаций и бредовых идей, они сознают свое болезненное состояние и по своему поведению больше приближаются к соматическим, чем к психическим больным. Даже в атипических случаях постэнцефалитических расстройств с бредом и галлюцинациями возможно разграничение от шизофрении благодаря отсутствию соответствующих изменений личности, связанных с расщеплением. С другой стороны, шизофрении не свойственны грубые неврологические симптомы, наблюдающиеся при энцефалите. Распознавание изменений характера от психопатий базируется на наличии органических симптомов и на связи заболевания с перенесенным энцефалитом.

Патологическая анатомия и локализация. Патолого-анатомические особенности эпидемического энцефалита проявляются в воспалительных и дегенеративных изменениях. Вокруг сосудов наблюдаются инфильтрации из лимфоцитов и плазматических клеток. Далее, отмечается разрастание эндотелия, размножение капилляров, перерождение сосудистых клеток; вместе с тем наблюдаются тяжелые перерождения и гибель нервных клеток, размножение глии, очаги запустения. В острых случаях преобладают воспалительные изменения, в хронических — дегенеративные. Локализация эпидемического энцефалита чрезвычайно характерна: в начальной стадии преимущественно поражается средний мозг, в результате чего обнаруживаются расстройства сна (вследствие поражения серого вещества на дне третьего желудочка), глазные симптомы и пр.; общие явления типа лихорадочного бреда в этом стадии зависят от повышения температуры и связаны, вероятно, с неспецифическими изменениями нервных клеток коры, способными к восстановлению и зависящими от общего токсического действия инфекции, как это бывает при всех других инфекционных болезнях. При хронической форме процесс идет дальше вперед, захватывая *subst. nigra striatum*, *thalamus* и другие центры. Таким образом, локализация расстройств при эпидемическом энцефалите отчасти объясняет некоторые клинические явления при этой болезни, но, конечно, многие важные стороны этого вопроса еще не изучены, особенно по отношению к наиболее сложным и темным в смысле локализации психическим расстройствам.

Лечение эпидемического энцефалита до сих пор, несмотря на разнообразные попытки, не дает утешительных результатов. Лечение сывороткой, взятой от выздоравливающих больных, и различными лекарственными веществами одинаково мало действительно.

Довольно распространено лечение уротропином и колларголом (впрыскивания в вену). Далее, при паркинсонизме применяют

гиосцин или скополамин, которые как будто дают некоторое улучшение, в частности уменьшают слюнотечение. При изменениях характера еще меньше можно ожидать благоприятных результатов от лечебных мероприятий. Антисоциальные наклонности таких больных, их трудный характер требуют медико-педагогических воздействий (дело идет обычно о детях и подростках), для чего необходимо помещение в соответствующие учреждения. Нужно однако сказать, что эти случаи наиболее безнадежны в смысле возможности перевоспитания; это, очевидно, связано со стойким характером органических изменений центральной нервной системы.

Сл. 1. Б-ная Е. 17 лет. Поступила 31/XII 1923 г. Патологическая наследственность отрицается, развивалась правильно, училась хорошо, была трудолюбива, общительна, с ровным, спокойным характером. В январе 1923 года 5 дней бессонница, затем впродолжение двух недель резкая сонливость при повышенной температуре; поправилась и была будто бы вполне здорова до февраля 1923 года, когда появились головные боли, вялость, апатия, медленность движений. С начала 1923 года—дрожание ■ левой руке, в апреле—июне—двоение в глазах, осенью того же года появилось дрожание в левой ноге, затем в правой, а с декабря и в правой руке.

Status. Лицо маскообразное, редко мигает, незначительный strabismus divergens; anisokoria. Реакция зрачков живая, ходит медленно без ассоциированных движений, руки согнуты в локтевых суставах и приведены. Дрожание в верхних и нижних конечностях—в покое, уменьшается при активных движениях, отсутствует во время сна, усиливается при волнении. Сальное лицо; гипертония—больше слева; сухожильные рефлексы повышены, патологических нет. Каталептоидные явления; все движения крайне медленны. Запас сведений и память достаточны. Суждения продуманы, логичны, восприятия точны; наблюдательна, доступна, на вопросы отвечает, но по своей инициативе никогда не начинает разговора. Речь медленная, монотонная, во время разговора ускоряется, иногда в речи заметна эксплозивность (звуки как бы пробиваются сквозь препятствия). Читает про себя довольно быстро. Ассоциации, как показывает эксперимент, почти не замедлены. Крайнее ослабление инициативы, импульса к движению, к умственной работе. Лишь инициатива со стороны заставляет производит умственные операции. Обычно апатична, иногда неудержимо плачет. За время пребывания в клинике (до мая 1923 года) особых перемен не было, но следует отметить наблюдавшиеся иногда повышения температуры без видимых соматических причин.

Сл. 2. П. Р., мальчик 7 лет. Со стороны отца имеются в роду алкоголики, со стороны матери алкоголики и психопаты; мать нервная, с навязчивыми идеями и фобиями. Ребенок родился в срок, развивался нормально, по характеру ничем не отличался от других детей; опрятен в постели с двух лет. 6-и лет заболевания с высокой температурой, три дня спал, не просыпаясь, глаза были закатившиеся, наполовину открыты. На четвертый день проснулся, глаза были в том же положении, плохо понимал, молчал. Только через месяц поправился, и сразу же обнаружилось изменения характера. Стал мучить животных, брать чужое, убивал домашнюю птицу, ругался и дрался со всеми, с кем приходил в соприкосновение, избивал младшего брата. Вместе с тем обнаружилось стремление обнимать и

близко прикасаться к детям ■ женщинам, последних старался хватать за грудь. Потерял ощущение сытости, голода, наедался до боли в животе, до рвоты. Помещен в клинику 23/XII 1922 года.

Вес и рост соответствуют норме. Рот перекошен вправо. Мимика соответствует переживаниям, часто злобное выражение лица. Зрачки неравномерны — правый шире, эксцентричны; реакция живая. Сухожильные рефлексy нормальны, конъюнктивальный и носовой отсутствуют, глоточный исследовать не дал. Патологические рефлексy отсутствуют. Ночное недержание мочи. Сознателен, ориентирован, хорошо понимает чужую речь, обладает большим запасом слов, правильно строит фразы. Очень подвижен, внимание сосредоточивает с трудом, вследствие чего крайне затруднено психологическое его исследование ■ даже простой разговор. При всяком соприкосновении с окружающими обнаруживает озлобленность и стремление принести вред, цинично ругается. Детей обижает без всякого повода, часто совершенно неожиданно. У персонала старается что-нибудь выпросить, при отказе ложится на пол, пытается ударить ногой, ругается, передразнивает, показывает язык. Портит вещи. По Бинэ, отсталость всего на один год. За время пребывания в клинике особых перемен не было, лишь незначительно удалось его дисциплинировать. Выписан в мае 1923 года.

Множественный (рассеянный) склероз.

Инфекционная природа этой болезни доказана лишь ■ недавнее время. Способ заражения рассеянным склерозом до сих пор не выяснен. Мужчины заболевают чаще, чем женщины; обыкновенно начало болезни относится к возрасту от 20 до 40 лет, причем развитие болезни большей частью идет постепенно, иногда же довольно остро. Болезнь неврологически проявляется различными симптомами, в зависимости от места поражения. Обычно наблюдаются: спастически-паретическая походка, интенционное дрожание, повышение сухожильных рефлексов с клонусом стопы, симптом Бабинского, атаксия, адиадохокинез, скандированная речь, нистагм, атрофия N. optici, расстройство пузыря, обмороки, судорожные припадки. В цереброспинальной жидкости находят увеличенное количество клеток. Симптомы болезни подвержены частым колебаниям, наблюдаются ухудшения и ремиссии. Психические изменения довольно часты, но они не характерны. Иногда еще до появления неврологических симптомов отмечается подавленность, приступы страха, бредовые состояния. В случаях бурного начала болезни нередки расстройства сознания, состояния оглушения, расстройства настроения, повышенная возбудимость. При дальнейшем течении болезни отмечаются: понижение внимания и способности запоминания, аффективные расстройства — раздражительность, приступы ярости. Часто наблюдается немотивированная эйфория, находящаяся в резком контрасте с плачевным состоянием больного. В некоторых случаях — выраженные депрес-

сивные или маниакальные состояния, а также галлюцинации с бредовыми идеями при сравнительно ясном сознании. Нередко бывают также психогенные реакции (обычно с истерическими чертами). *Исход* болезни определяется тяжестью мозговых поражений; обычно больные гибнут после 5—10 лет болезни. Локализация очагов в продолговатом мозгу может ускорить конец. *Патолого-анатомически* в свежих случаях констатируются воспалительные резко очерченные очаги в белом веществе вокруг сосудов; в этих очагах прежде всего гибнет миэлин, осевые цилиндры долго еще остаются; вместе с тем резко разрастается глия: получаются склеротические бляшки на месте воспалительных очагов. Множественный склероз иногда приходится *распознавать* от люэтических заболеваний, в частности от прогрессивного паралича; при этом во избежание ошибок следует особенно тщательно неврологически и серологически исследовать больного. Разнообразные попытки *лечения* не дали обнадеживающих результатов: применялись без особого успеха фибролизин, сальварсан, малярийные прививки, тифозная вакцина и пр.

Сифилис мозга

Психозы, связанные с сифилитическим поражением нервной системы, чрезвычайно разнообразны. Если исключить прогрессивный паралич, который занимает обособленное положение и описывается отдельно, то вся остальная масса сифилитических психозов состоит из форм, нерезко отграниченных между собой и почти не поддающихся точной и определенной группировке вследствие большого числа переходных и смешанных случаев. Разнообразие и пестрота клинических проявлений зависят при этих заболеваниях от особенностей процесса, анатомически выражающегося в различных формах, от его локализации, от наличия токсических моментов, связанных с сифилитической инфекцией, от времени, протекшего после заражения (ранний или поздний сифилис), от препсихотических конституциональных особенностей субъекта, от предшествовавшего лечения и пр. Таким образом при описании отдельных форм следует иметь в виду их недостаточную определенность, причем различные авторы дают неодинаковую группировку психических расстройств при сифилисе мозга.

Сифилитическая неврастения охватывает собой группу случаев, при которых болезненные расстройства развиваются вскоре после заражения, обычно во вторичном периоде, и проявляются в сравнительно легкой форме общей нервности. Расстройства сна, повышенная раздражительность, ослабление памяти, быстрая утом-

ляемость, ипохондрические идеи, ослабление работоспособности, приступы страха и беспокойства, головные боли являются обычными симптомами при этой форме. Этиология сифилитической неврастении в прежнее время связывалась по преимуществу с конституциональными ■ психогенными моментами: страх перед последствиями сифилиса (сифилидофобия) у неустойчивого субъекта считался главным фактором, определяющим это заболевание. Не отрицая известного значения конституционального и психогенного моментов, в настоящее время приходится усматривать основную причину заболевания в самой инфекции, которая, во-первых, действует токсически на нервную систему и, во-вторых, даже непосредственно ее поражает уже в столь раннем периоде болезни; такое толкование сифилитической неврастении подтверждается наличием легких органических симптомов (изменение со стороны зрачков, рефлексов, преходящие афазические расстройства и наличие специфических цитосерологических данных). Наконец, благоприятное влияние специфического лечения на такой невроз обнаруживает этиологическую сущность заболевания.

Очень близки к сифилитической неврастении случаи изменения характера, преимущественно наблюдающиеся у подростков также в ранней стадии сифилиса. При этом развиваются явления, очень похожие на психопатию (подобно тому, как мы это видели после эпидемического энцефалита и некоторых тяжелых острых инфекций).

Следующей формой, встречающейся при раннем сифилисе, является **острый и подострый менингит**. В сущности воспалительные раздражения оболочек по новейшим данным наблюдаются у огромного большинства сифилитиков во второй стадии и даже раньше. Такой легкий менингизм является одной из основ описанной выше сифилитической неврастении. Между этими легкими формами и острым менингитом, сопровождающимся тяжелыми симптомами, имеются переходные ступени, что указывает на отсутствие принципиальной разницы между теми и другими случаями. Острые и подострые менингиты проявляются сильной головной болью, головокружением, рвотой, повышением температуры, подавленным настроением, состояниями оглушения и спутанности. Далее могут развиваться параличи конечностей, поражения черепных нервов, ригидность затылка. В цереброспинальной жидкости отмечаются плеоцитоз и положительная реакция Вассермана. Течение и исход благоприятны при специфическом лечении. При отсутствии лечения, особенно в раннем детском возрасте, сифилитический менингит, как и всякий другой, может оставить стойкие

утолщения, рубцы, которые задерживают развитие мозга и являются причиной очаговых симптомов.

Гуммы. Своеобразную картину представляют сифилитические психозы, связанные с повышением внутричерепного давления. В основе заболевания обычно лежит развитие гуммы; при этом различия симптомов зависят не только от степени повышения внутричерепного давления, но и от места нахождения гранулемы. Вялость, апатичность, безучастие ко всему окружающему, затемнение сознания, сильные головные боли, изменения глазного дна, наличие очаговых симптомов (гиперкинезов ■ параличей), иногда эпилептиформные и апоплектиформные припадки, а также серологические реакции характеризуют картину болезни.

Наиболее частой формой сифилитического психоза является хронически протекающий сифилитический псевдопаралич. Болезнь характеризуется медленно развивающимися явлениями выпадения; больные становятся постепенно забывчивыми, рассеянными, слабоумными, расстраивается память, появляются конфабуляции. Настроение то повышенное вплоть до выраженных маниакальных состояний, то депрессивное. Работоспособность постепенно исчезает; вместе с тем больные некоторое время сохраняют критическое отношение к своему болезненному состоянию. Очень часты всякого рода припадки, головокружения, после которых остаются обыкновенно нестойкие параличи; обычны парезы глазодвигательных и прочих черепных нервов. Иногда наблюдается афазия, парафазия, редко — спотыкающаяся речь, свойственная прогрессивному параличу. Обычны также расстройства со стороны сухожильных рефлексов, походки, почерка и пр. В течении псевдопаралича бывают ухудшения, иногда ведущие к смерти (во время инсульта), но также обычны и длительные состояния ремиссий, которые тянутся годами; при этом больные находятся в состоянии более или менее выраженного слабоумия. При сифилитическом псевдопараличе эпизодически могут наблюдаться обострения в виде спутанности с бредом и галлюцинациями, а также маниакальные состояния, причем картина болезни несколько напоминает экспансивную форму прогрессивного паралича. Иногда таким острым состоянием начинается псевдопаралич, а затем переходит в обычную хроническую форму.

Некоторую обособленность могут проявлять апоплектические и эпилептиформные сифилитические заболевания. Апоплектическая форма встречается очень часто; ее исходом бывает смерть во время инсульта, иногда же постепенно развивается слабоумие, напоминающее простую форму псевдопаралича. Эпи-

лептиформный сифилис может дать картину, напоминающую генуинную эпилепсию, но при наличии более грубых очаговых симптомов поражения мозга. При этой форме, помимо припадков, наблюдаются сумеречные состояния сознания, изменения настроения, постепенное отупение, ослабление памяти; больные часто гибнут во время эпилептического статуса. Встречаются нередко случаи, при которых наблюдаются комбинации эпилептиформных и апоплектиформных симптомов.

Наконец должна быть выделена так наз. **параноидная форма или сифилитический галлюциноз**. Болезнь обыкновенно развивается постепенно и имеет медленное течение; на первом плане в картине болезни—бред и галлюцинации; часты идеи преследования, иногда величия, которые бывают связаны со слуховыми обманами чувств. Иногда бывают эпизодические состояния возбуждения и спутанности; в течении болезни обычны длительные ремиссии. Больные в большинстве случаев остаются доступными, могут еще продолжать работу, слабоумие наступает медленно и не достигает особенно глубоких степеней. Неврологические симптомы при этой форме обычно бывают сравнительно мало выражены; апоплектиформные и эпилептиформные припадки также редко осложняют картину болезни.

Несмотря на разнообразие различных форм сифилитических психозов, могут быть выделены некоторые общие черты, объединяющие до известной степени все разновидности, а именно: 1) пестрота и полиморфность клинической картины, 2) преобладание очаговых симптомов, лакунарность изменений (*Démence lacunaire*), 3) катастрофичность течения с частыми ухудшениями, различными припадками и пр., 4) серологические реакции (см. стр. 47).

Развитие сифилитических психозов происходит обычно в первые 10 лет после заражения, отдельные случаи, однако, начинаются через 10—15 и более лет. Очень важен тот, установленный в последнее время, факт, что сифилис мозга вовсе не является принадлежностью исключительно третичного, т. е. позднего, периода инфекции, как это считалось раньше; несомненно, люэтические поражения нервной системы возможны также очень скоро после заражения, т. е. в ранних периодах инфекции, что подтверждается в особенности исследованием цереброспинальной жидкости. Соответственно с этим наибольшая масса сифилитических психозов приходится на возраст от 30 до 50 лет, но в то же время возможны заболевания в другом возрасте, особенно, если принять во внимание, что психозы могут развиваться и на почве конгени-

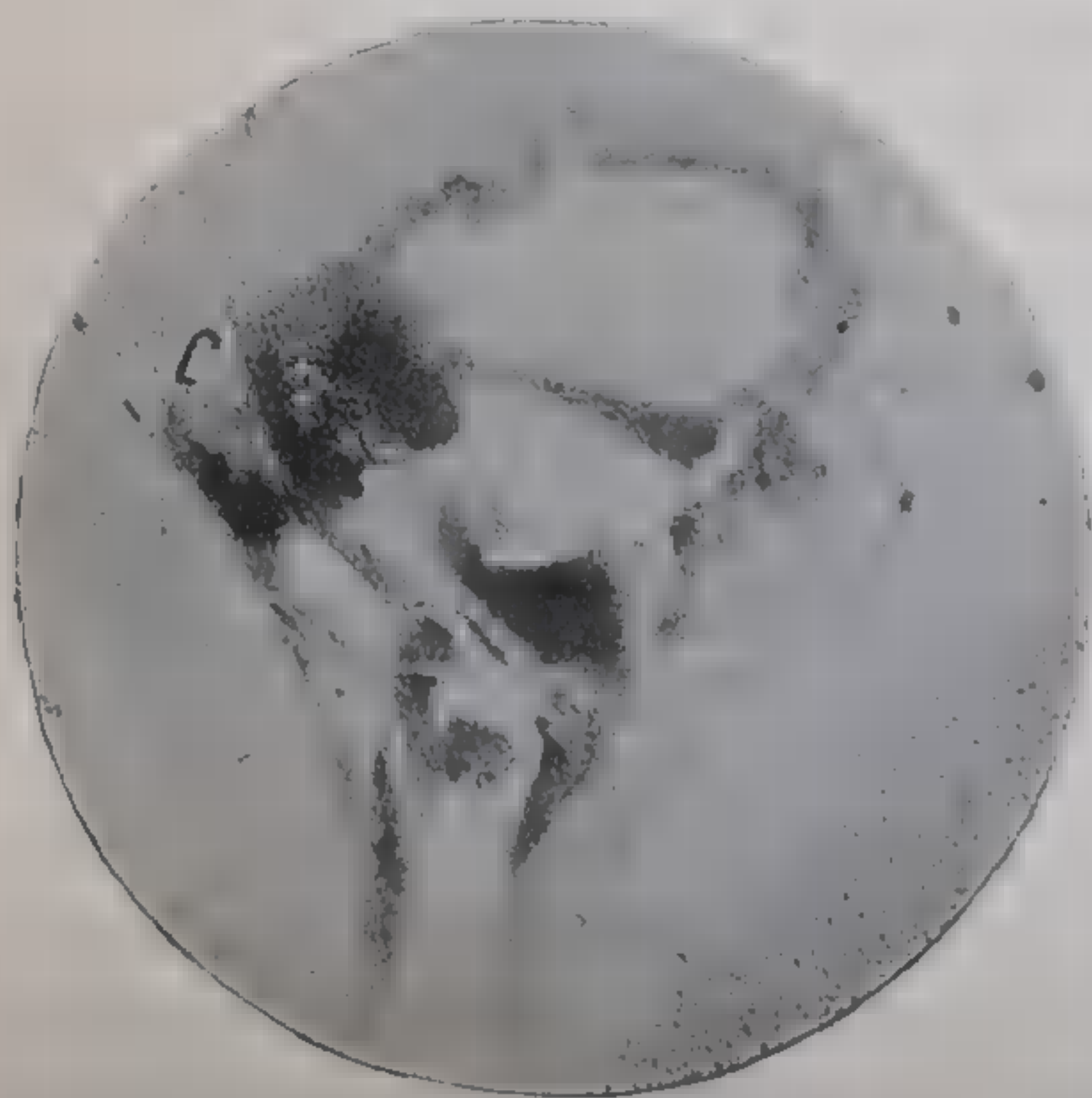
тального сифилиса. Число заболеваний у мужчин и женщин более равномерно, чем при прогрессивном параличе.

Частота поражения мозга при сифилисе оценивается разно разными авторами. По имеющимся данным, от 2 до 15% сифилитиков заболевают в дальнейшем люэтическими психозами. Какие добавочные моменты необходимы для того, чтобы у сифилитика развилось поражение мозга, до сих пор не вполне ясно. Здесь мы сталкиваемся с тем же вопросом, что и при рассмотрении происхождения прогрессивного паралича (см. этиологию последнего в следующей главе).

Распознавание сифилитических психозов при их разнообразии нередко представляет очень большие трудности. Чрезвычайно важно поэтому самое тщательное исследование больного, констатирование соматических и неврологических признаков, свойственных сифилису и его последствиям. Люэтические язвы и сыпи или рубцы после них, ранний артериосклероз, периоститы, поражение слизистых оболочек, изменения со стороны черепных нервов, зрачковых и сухожильных рефлексов, парезы и гиперкинезы, реакция Вассермана в крови и цереброспинальной жидкости, плеоцитоз и др. серологические реакции,— все эти данные, наряду с психическими симптомами и течением болезни, должны быть учтены для постановки диагноза. В частности отдельные формы сифилитических психозов приходится дифференцировать от сходных по внешней картине не-сифилитических заболеваний. А по плектические формы иногда трудно отличить от артериосклероза мозга. Помимо серологических данных, здесь имеет значение большая пестрота и меньшая стойкость симптомов при сифилисе, действительность специфической терапии (не всегда), меньшее значение имеет возраст (сифилитики обычно более молодого возраста). Эпилептиформный сифилис, конечно, приходится распознавать от эпилепсии; позднее начало болезни, наличие неврологических симптомов и биологических реакций помогают распознаванию. Очень важно распознавание сифилитического псевдопаралича от прогрессивного паралича (см. след. главу). Параноидная форма мозгового сифилиса требует дифференцирования главным образом от шизофрении (от *dementia paranoïdes*, а иногда и от простой формы). Незначительность грубых явлений органического поражения мозга и часто отрицательные серологические реакции при параноидной форме сифилиса особенно затрудняют диагноз. Помимо свойственных сифилису проявлений, которые все же могут быть обычно обнаружены, здесь приходится также базироваться на доступности больного, отсутствии

аутизма, расщеплений ■ других особенностей шизофренической психики.

Патологическая анатомия люэтических психозов. С патолого-анатомической точки зрения различают три основные формы сифилиса мозга: гуммозную, менингоэнцефалитическую ■ эндартериитическую. Первые две формы родственны между собой постольку, поскольку мелкие гуммы бывают и при менингоэнцефалите; гуммозная форма, однако, отличается тем, что гуммы появляются изолированно, достигают величины опухоли и вызывают соответствующие симптомы. Менингоэнцефалиты, как показывает название, характеризуются процессом, исходящим от



Микрофот. 1. Окраска по Ниселю. Люэтический менингоэнцефалит. Обильная инфильтрация оболочек, переходящая на эктодерму. (Собств. набл.)

мягкой мозговой оболочкой и переходящим на соседние участки мозга; последние разрушаются, и таким образом стирается граница между оболочками и эктодермой (микрофот. 1). Инфильтрация при этой форме чрезвычайно обильная и состоит из плазматических клеток, лимфоцитов, зернистых клеток. В отличие от прогрессивно - паралитической инфильтрации, здесь плазматические клетки в количественном отношении отступают на второй план, так как имеется резкое преобладание лимфоцитов. Поражение нервных элементов, несомненно, вторичного проис-

хождения, они вовлекаются в процесс изменением ближайших участков мезодермы. Следующая форма сифилиса—эндартерииты, имеет особое значение с точки зрения психиатрии, если дело идет не об обыкновенном гейбнеровском (Heubner) эндартериите крупных сосудов, а об эндартериите мелких корковых сосудов, описанном Альцгеймером. Прогрессивные изменения мелких сосудов характеризуются разрастанием эндотелия и отчасти адвентиции, а также размножением самих сосудов, образованием их пакетов (микрофот. 2 и 3). Вокруг измененных сосудов наблюдается запускание нервной ткани вторичного происхождения. Инфильтрации не наблюдается вовсе, чем эта форма резко отличается от менинго-энцефалита и прогрессивного паралича. Нужно сказать,

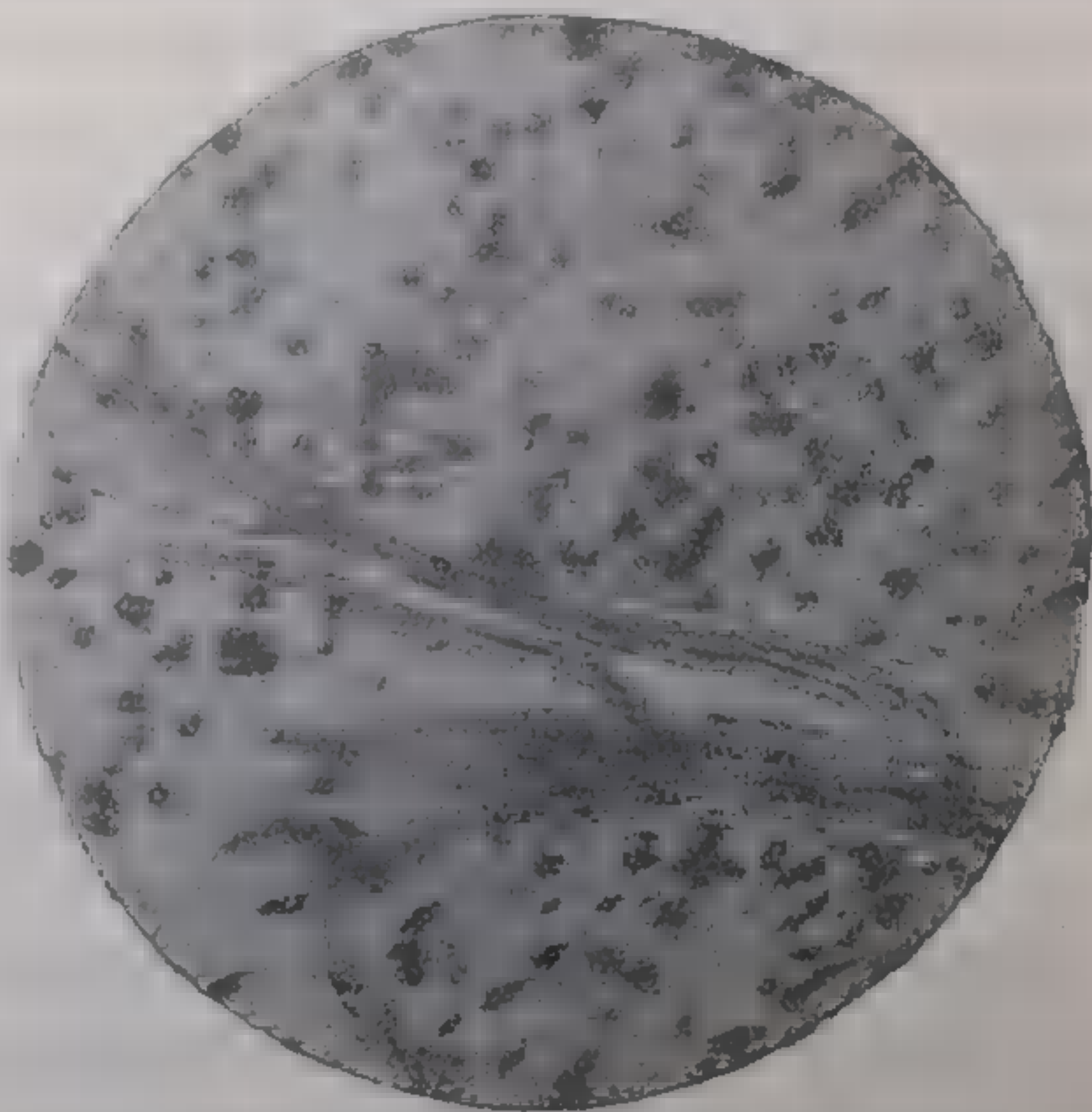
что эта форма в чистом виде бывает не часто, от артериосклероза она отличается преобладанием прогрессивных явлений над регрессивными (пышный рост эндотелия, размножение сосудов).

Суммируя особенности всех форм сифилиса, следует отметить, что в отличие от прогрессивного паралича мы имеем здесь:

1) преимущественно очаговые расположения поражений, чему соответствуют и особенности клинической картины, и 2) первичные поражения мезодермы (эктодерма лишь вторично вовлекается в страдание).

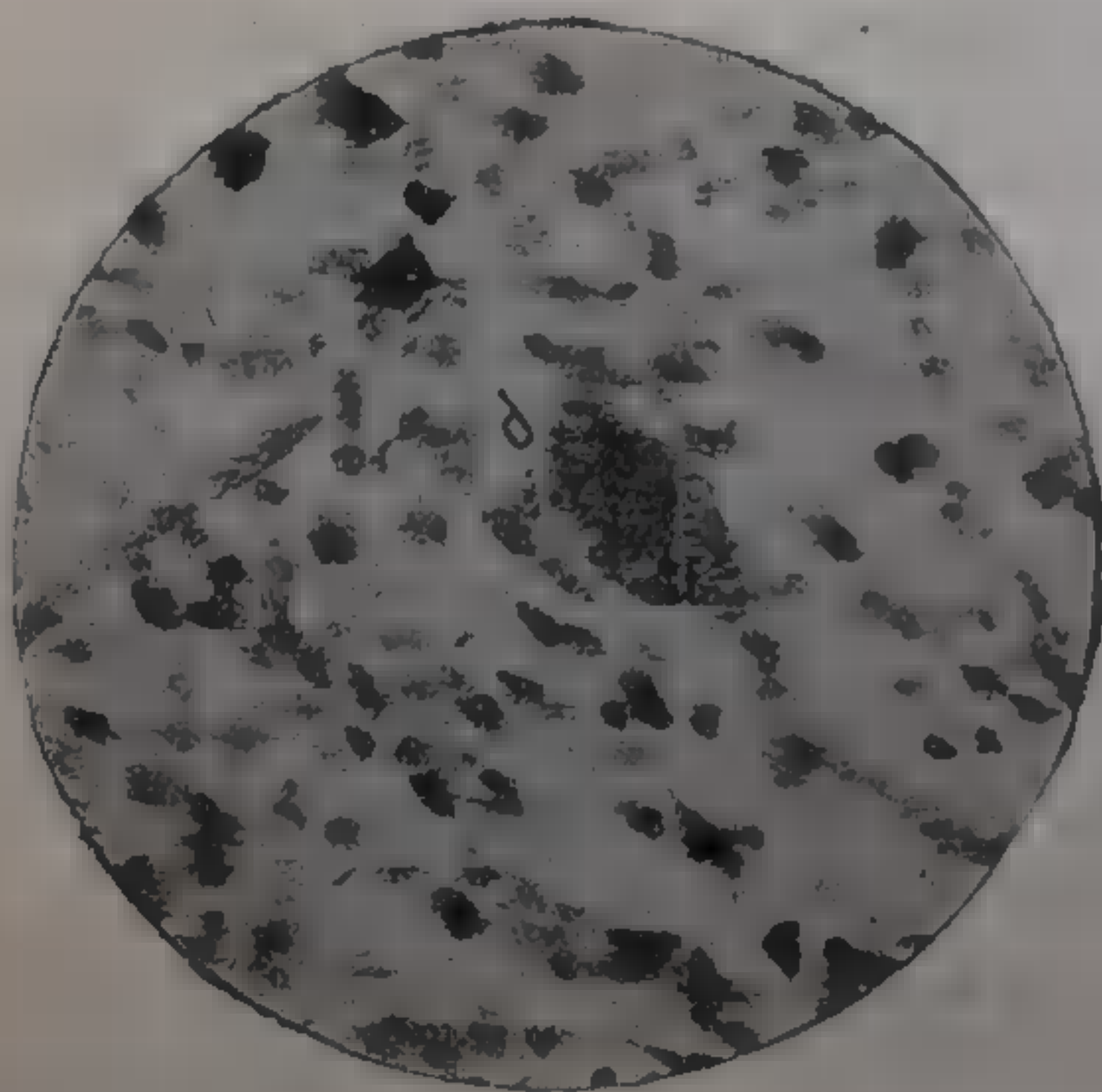
По вопросу о соотношении клинических и анатомических форм люэса следует сказать следующее: в грубых чертах имеется некоторое соответствие — гуммозные формы дают

психические явления, связанные с повышением внутричерепного давления, эндартериитические формы обычно проявляются эпилептиформными и апоплектиформными картинами и пр. Однако



Микрофот. 2. Размножение сосудов при сифилисе мозга. (Собств. набл.)

детального соответствия между анатомической и клинической формой сифилиса мозга не имеется, так как картина болезни больше зависит не от особенностей процесса, а от его локализации.



Микрофот. 3. Разрезанный поперек пакет сосудов при сифилитическом эндартериите мелких сосудов (видно свыше 10 просветов). (Собств. набл.)

Лечение сифилиса мозга основано преимущественно на применении ртутных препаратов и сальварсана. Последний, однако, следует применять с осторожностью, ввиду возможности так называемых неврорецидивов, выражающихся в бурных, иногда опасных для жизни, мозговых явлениях.

Эти явления, повидимому, связаны с тем обстоятельством, что при быстром, но неполном уничтожении спирохет сальварсаном могут

получиться условия для особенно бурного размножения оставшихся паразитов. Очень распространено в последнее время смешанное лечение ртутью ■ неосальварсаном: например, в течение 10 дней втирание ртути (3,0—5,0) или впрыскивания каломеля, затем ежедневные впрыскивания неосальварсана в вену, начиная от 0,15 до 0,5 в день с тем расчетом, чтобы дать 3,0 сальварсана; или же можно установить иное чередование, причем общее количество сальварсана в течение курса лечения не должно превышать 4,0, а неосальварсана 6,0. Вместо ртути в последнее время применяются почти с таким же успехом менее ядовитые препараты висмута. Наконец, в промежутках между курсами лечения уместно применение иода (ежедневно 3,0—5,0 иодистого калия, до общего количества 100,0—150,0, если нет насморка, кожных раздражений и желудочных расстройств). Лечение контролируется исследованием крови и цереброспинальной жидкости. Нужно иметь в виду, что не все формы сифилиса одинаково поддаются лечению: острые менингиты и гуммы в этом отношении дают самые благоприятные результаты; эпилептиформная и апоплектическая формы, основанные на поражении сосудов, наименее поддаются лечению. Вообще старые рубцы, запустения и пр. дефекты нервной ткани, конечно, не могут быть восстановлены лечением, оказывающим действие преимущественно на свежие воспалительные процессы.

Психические изменения при врожденном сифилисе.

Врожденный сифилис представляет одну из наиболее распространенных причин физического и психического недоразвития, проявляющегося в олигофрении, о чем отчасти речь будет ниже. Помимо сифилитического повреждения зачатка, ранние менингиты, энцефалиты и эппендимиты, развивающиеся в утробном периоде и раннем детстве, влекут за собою общее недоразвитие мозга. Вместе с тем рубцы и прочие остатки старых процессов являются причиной очаговых явлений, параличей, эпилептиформных припадков и пр. Помимо этих случаев, являющихся стационарным последствием давно закончившихся старых поражений, на почве конгенитального сифилиса нередко наблюдаются прогрессивные психические расстройства у детей и подростков, которые вначале развивались как будто правильно. Эти расстройства в общем соответствуют тем формам, которые бывают и на почве приобретенного сифилиса, а именно: псевдопараличи, эпилептиформные расстройства, менингиты, гуммы; наиболее редки параноидные формы в связи с врожденным сифилисом. Часто на почве конгенитального сифилиса разви-

вается внутренняя головная водянка, которая выражается преимущественно симптомами, связанными с повышением внутричерепного давления. Однако эти симптомы сравнительно с гуммой менее постоянны, больше колебаний, связанных с изменением количества жидкости и, следовательно, внутричерепного давления. Очень характерны у подростков на почве конгенитального сифилиса изменение характера и состояния, напоминающие психопатии; при этом больные становятся боязливыми, плаксивыми, у них появляются ночные страхи, раздражительность, аффективные вспышки, склонность к антисоциальным поступкам, они становятся очень трудными в воспитательном отношении, лживыми, жестокими, перестают учиться и работать; в других случаях получается картина, напоминающая конституциональную нервность или неустойчивость, причем больные отличаются от обычных форм психопатии большей психической и соматической неполноценностью и наличием явлений конгенитального сифилиса.

При *распознавании* конгенитально-люэтических психических расстройств чрезвычайно важно учитывать соответствующие соматические признаки, которые обыкновенно бывают многочисленны и характерны. Сюда относятся: седловидный нос, гутчинсоновские зубы (полулунные вырезки на резцах), неправильный рост зубов, заболевания внутреннего уха, специфические кератиты и хореоидиты, расстройства роста костей, вследствие чего получаются неправильные формы головы и лица (грушевидное лицо, выдающийся вперед лоб, натиформный череп и пр.); далее, имеют большое значение парезы черепных нервов, зрачковые симптомы, поражение зрительного нерва и, наконец, серологические реакции; последние, однако, не всегда дают положительный результат, и в частности отрицательная реакция Вассермана не противоречит диагнозу конгенитального люэса. Специфическое лечение при конгенитальном люэсе обычно дает лишь частичное улучшение—старые разрушения, явления недоразвития, конечно, уже не поддаются изменениям.

Психозы при табесе.

Близкие отношения табеса и прогрессивного паралича, частое одновременное существование обеих болезней у одного и того же субъекта (табопараличи) заставляют в каждом случае психоза у табетика прежде всего ставить вопрос относительно возможности развития у него прогрессивного паралича. Существуют, однако, несомненно, при табесе и не-паралитические психические изменения.

Прежде всего табесу свойственны изменения характера, выражающиеся в неровном настроении, подозрительности, раздражительности, забывчивости, рассеянности; иногда наблюдается эвфория, беззаботная веселость, легкомысленная ребячливость, крайняя болтливость, иногда, наоборот, мрачная подозрительность. С другой стороны, табесу свойственны более резкие приступы психозов в виде кратковременной галлюцинаторной спутанности с резким возбуждением или параноидных вспышек. Все эти табетические психозы представляются в сущности сифилитическими психозами (поскольку они не относятся к прогрессивному параличу), что доказывается анатомическими исследованиями. Помимо разграничения от прогрессивного паралича при постановке диагноза табетического психоза следует еще иметь в виду возможность совпадений, т. е. развития у табетиков психических расстройств иного, несифилитического происхождения (сенильные, алкогольные психозы и пр.). Несомненно, дифференциальный диагноз нередко может представлять значительные затруднения. Нужно иметь в виду, что при табетических психозах серологические реакции не всегда дают положительный результат. Основным дифференциальным признаком можно считать эпизодичность психозов при табесе и отсутствие злокачественного прогрессиентного течения, что особенно важно при отграничении от прогрессивного паралича.

Специфическое лечение при табетических психозах должно быть испытано. Лечение основной болезни — табеса — малярией дает недостаточно ясные результаты.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ

Этиология. Уже в конце прошлого столетия считался установленным факт сифилитического происхождения прогрессивного паралича, при этом, однако, между сифилисом и прогрессивно-паралитическим процессом предполагалась не прямая зависимость; паралич считался металюэтическим заболеванием, скорее последствием сифилиса, чем настоящим сифилисом. Открытие спирохеты в мозгу паралитиков (Н о г у ш и—Noguchi) окончательно установило, что данная болезнь является настоящим сифилитическим процессом, лишь несколько измененным по сравнению с его более ранними формами. Мало того, можно определенно считать, что только прогрессивный паралич является настоящим сифилисом мозга, поражающим первично-нервную ткань — эктодерму, между тем как прочие формы мозгового сифилиса поражают мезодерму (оболочки, сосуды), лишь вторично внося изменения в эктодермальную ткань. В связи с этим и серологические реакции—в первую очередь реакция В а с с е р м а н а—более постоянны при прогрессивном параличе и более резко выражены, чем при прочих формах сифилиса. Несмотря на все сказанное, включение паралича в число сифилитических заболеваний не поколебало обособленности данной болезни: длительный инкубационный период, особая злокачественность течения болезни, совершенно не поддающейся обычному специфическому лечению, определенная патолого-анатомическая картина, не говоря уже о клинических особенностях, — все эти данные и в настоящее время достаточно обосновывают нозологическую обособленность прогрессивного паралича и необходимость отдельного его описания.

Прямая зависимость от спирохетной инфекции еще не вполне решает вопрос о патогенезе прогрессивного паралича, так как лишь немногие сифилитики заболевают этой болезнью, и, следовательно, приходится предполагать необходимость вмешательства добавочных этиологических факторов, наличие которых способствует развитию данной болезни у сифилитиков. Несмотря на

тщательное всестороннее изучение этого вопроса, чрезвычайно важного ■ теоретическом и практическом отношениях, приходится признать, что до сих пор нет полной ясности в оценке значения ■ удельного веса этих добавочных факторов.

Прежде всего до некоторой степени показательны данные, указывающие на распространенность этой болезни. Статистика показывает, что в Европе в среднем 4% сифилитиков заболевают прогрессивным параличом, причем эти больные составляют от 15 до 20% всех поступающих в психиатрические больницы. Повидимому, в прошлом (до XIX столетия) при большом распространении сифилиса прогрессивный паралич был более редким явлением даже в Европе. И в настоящее время эта болезнь чаще наблюдается у городского населения, чем у деревенского, и у мужчин чаще, чем у женщин. Это обстоятельство можно лишь частично объяснить большим распространением сифилиса в городах и среди мужчин. Далее несомненно, что среди некультурных народов, особенно в жарком климате, и в настоящее время огромному распространению сифилиса соответствует сравнительно незначительная заболеваемость прогрессивным параличом. Довольно подробные исследования последнего времени показали, что эти данные никоим образом не могут быть объяснены просто недостатками статистики в некультурных странах. Все это как будто указывает на значение климата, расы, культуры в этиологии прогрессивного паралича. Высказывалось предположение, что меньшая частота паралича в южных странах может зависеть от влияния распространенной там малярии и др. инфекционных болезней, которые, как теперь мы знаем, могут служить даже для лечения паралича; указывалось также на влияние повышенного потения в жарком климате, чему всегда приписывалось известное значение в лечении сифилиса. Однако, все эти объяснения если и имеют, то лишь частичное значение. Исследования показали, что в одном и том же климате представители разных рас не одинаково часто заболевают прогрессивным параличом при приблизительно одинаковой распространенности сифилиса (индейцы Сев. Америки при большом числе сифилитиков среди них—особенно редко болеют параличом). Возможно, что здесь имеет значение более или менее длительная сифилизация данной расы в прошлом, чем и обуславливаются особенности течения люэса и преобладание отдельных его форм (поражения кожи, костей, с одной стороны, нервной системы—с другой). Далее, среди условий, способствующих заболеванию сифилитиков прогрессивным параличом, обращено внимание на значение индиви-

дуального предрасположения. Некоторые авторы в самом телосложении паралитиков видят фактор, предрасполагающий к заболеванию (*habitus paralyticus*). Эти морфологические данные не подтверждены, однако, другими авторами; гораздо более вероятным нужно считать предположение, что в заболевании параличем известную роль играют биохимические особенности организма, его способность продуцировать антитела и бороться таким образом с сифилитической инфекцией. Далее высказывались предположения о неодинаковых свойствах спирохет: одни их виды преимущественно вызывают кожные изменения, другие — поражения нервной системы („дерматотропный“ и „невротропный“ сифилис). Известное подтверждение этому предположению можно видеть в том обстоятельстве, что прогрессивным параличем сравнительно часто заболевают супруги; прослежен также ряд случаев, когда параличем заболело несколько субъектов, получивших люэс из одного источника. Наконец, имеются наблюдения, что паралитики обычно в свое время имели очень нерезкие кожные сифилитические явления. Мало того, опыты над животными показали, что имеется некоторая разница в вирулентности спирохет разного происхождения, при этом Плаут и Мультцер (Mulzer) могли установить, что заражение кроликов спирохетой, взятой от паралитиков, дает более выраженное поражение нервной системы этих животных, чем заражение обычным сифилисом; этим, впрочем, доказывается лишь невротно́сть спирохеты паралитиков, но остается открытым вопрос, является ли эта невротно́сть изначальным свойством данной спирохеты или приобретенным во время длительной жизни в организме сифилитика, заболевшего параличем. Гауптман (Hauptmann) несколько иначе толкует некоторые из вышеприведенных фактов, объединяя вопрос о качестве спирохет с вопросом о защитных реакциях организма: если, говорит он, сифилис давал в свое время слабую кожную реакцию, то это имеет еще тот смысл, что организм не выработал защитных антител; вообще возможно, что организм в одних случаях не вырабатывал этих антител потому, что было слабо раздражение, исходящее от спирохет, в других же случаях — потому, что данный организм вообще не в состоянии в достаточной мере продуцировать антитела.

Нужно еще отметить, что издавна придавалось известное значение в этиологии прогрессивного паралича добавочным экзогенным факторам, неблагоприятно влияющим на организм: алкоголизм, травмы, всякого рода истощающие моменты и даже переутомление — ослабляют организм и, следовательно, способствуют заболеванию; однако роль этих эпизодических факторов в происхождении

паралича едва ли имеет большее значение, чем в патогенезе многих других психических заболеваний. Следует упомянуть еще о гипотезе Дарашкевича, который высказал предположение, что развитие этой болезни началось с тех пор, когда была введена прививка оспы, и что, следовательно, это мероприятие имеет значение в патогенезе прогрессивного паралича. Работы других авторов не подтвердили этой гипотезы.

Наконец, нужно еще упомянуть, что многими авторами обращалось особое внимание на значение своевременного лечения сифилитиков для их заболеваемости прогрессивным параличем. При этом, с одной стороны, отмечалось важное предупреждающее значение специфического лечения, особенно сальварсаном, с другой же стороны, высказывалось предположение, что специфическое лечение, ослабляя реакции организма на инфекцию, наоборот, способствует заболеванию прогрессивным параличем Вильманс (Wilmanns)]. Последняя гипотеза как будто находит себе обоснование в факте редкой заболеваемости параличем у некультурных народов, которые как раз лишены рационального специфического лечения. Далее, имеются и статистические данные, указывающие на то, что у леченных сальварсаном более короток инкубационный период паралича. Однако, ряд наблюдений Шустера (Schuster) и особенно Нонне статистически доказывает, что все же параличем чаще всего заболевают не лечившиеся или недостаточно лечившиеся сифилитики.

Из приведенных выше фактов и предположений видно, как много еще неясного в патогенезе прогрессивного паралича. Все же несомненно решение вопроса лежит на пути изучения свойств спирохеты и защитных реакций человеческого организма.

Симптоматология прогрессивного паралича определяется прогрессирующим разрушением не только центральной нервной системы, но и всего организма и характеризуется рядом симптомов соматических и психических (рис. 16).

Психические симптомы прогрессивного паралича обычно рассматривают по стадиям болезни, которых различают три, а именно: начальный или продромальный, стадий полного развития и паралитический маразм (конечный стадий).

Продромальный период обычно тянется несколько месяцев и характеризуется так называемыми неврастеническими симптомами: больной становится раздражительным, рассеянным, легко утомляется, жалуется на упадок сил, головные боли, общую разбитость. Вместе с тем отмечается расстройство памяти, неспособность коррегировать свои ошибки (очень ранний и харак-

терный симптом). В этом состоянии заболевший субъект еще не расценивается обычно окружающими, как психически больной, его считают переутомившимся, неврастеником. Однако при сколько-нибудь внимательном наблюдении обычно выявляются изменения личности больного, понижение интересов, склонность к грубым удовольствиям, прожорливость, нетактичность в обращении; больные становятся слабодушными (пожилой мужчина плачет по пустякам — лабильность аффекта), грубо эротичными (при начинаю-



Рис. 17. Группа больных прогрессивным параличом. (Собств. набл.)

щейся импотенции), резко эгоистичными. При всем этом они еще кое-как продолжают работать, служат, их специальные навыки и знания помогают им справляться со своими обязанностями, но и в деловой жизни и у себя дома они постепенно теряют активную руководящую роль, если они ее имели до болезни, подчиняются влиянию и руководству окружающих, становятся очень внушаемыми. К концу этого стадия нарастают изменения психики и начинает проявляться неспособность больного вести свои дела, он совершает нелепые поступки, путает дела, делает большие покупки не-

нужных вещей, совершает растраты или же попадает в нелепом воровстве. Психическая болезнь становится очевидной, больного увольняют со службы, его нелепое поведение влечет за собою, наконец, помещение в больницу; иногда эта мера ускоряется появлением резкого возбуждения или инсульта. Во время продромального периода больной в общем еще физически крепок, неврологические симптомы еще не резки и единичны.

Во втором стадии (стадии полного развития) прогрессивного паралича выступает на первый план главный симптом болезни — слабоумие, резко выявляется расстройство памяти, способности запоминания; при счете и арифметических вычислениях больной делает грубые ошибки, не замечая их, обнаруживается резкая слабость суждения; вместе с тем болезнь в этом периоде по внешней картине может давать различные варианты, которые обычно описываются как отдельные формы прогрессивного паралича и которые в сущности лишь во втором стадии проявляются достаточно отчетливо: это экспансивная форма, дементная, депрессивная и ажитированная. При экспансивной форме (так называемой классической, так как она считается типичной для данной болезни) на первом плане маниакальное возбуждение, яркий пышный бред величия, принимающий грандиозный характер. Больной считает себя богом, царем, миллионером, владельцем тысяч замков, он собирается строить дворцы, мост через океан, целые города, у него тысячи жен и детей и т. п. При депрессивной форме отмечается подавленное настроение и обычно нелепые ипохондрические идеи: у больного сгнили внутренности, нет мозга и т. п. При ажитированной форме наблюдается сильное двигательное возбуждение со спутанностью. Наконец, дементная форма является, так сказать, наименее осложненной. При ней постепенно прогрессирует слабоумие при отсутствии ярких психических симптомов. Настроение при этой форме большей частью благодушное, эвфорическое. Указанными выше формами не исчерпываются разновидности прогрессивного паралича. Описывались еще галлопирующий паралич с очень быстрым злокачественным течением, припадочный паралич, также очень злокачественный, с частыми эпилептиформными припадками и резким возбуждением; далее циркулярная форма со сменой фаз возбуждения и депрессий, кататоническая форма с недоступностью, негативизмом и другими кататоническими симптомами и, наконец, галлюцинаторно-параноидная форма, характеризующаяся не только бредом, но и галлюцинациями (последние во-

обще при прогрессивном параличе наблюдаются довольно редко). Нужно, однако, определенно иметь в виду, что все указанные разновидности прогрессивного паралича не являются резко обособленными и определенными, существуют переходные и смешанные формы; нередко у одного и того же больного заболевание начинается в виде одной формы, затем сменяется другой. А главное — в третьем, конечном, стадии болезни все различия отдельных форм сглаживаются, ■ их особенности теряются. Во втором периоде болезни начинают падать физические силы больного, основные неврологические симптомы бывают уже резко выраженными; как эпизодические явления — наблюдаются инсульты, из которых больной выходит каждый раз все слабее.

В последнем стадии болезни, как уже сказано, сглаживаются отличительные черты отдельных форм паралича; физическая и психическая деградация доходит до крайних степеней; общая слабость, распад речи, невозможность держаться на ногах, глубокое слабоумие, полная беспомощность являются признаками паралитического маразма. Дольше других остаются рефлекторные и элементарные некоординированные движения. Больной прикован к постели, неопрятен, у него развиваются контрактуры, истощение достигает крайних степеней, что, повидимому, зависит от поражения вегетативных центров в этой стадии. Смерть наступает от маразма, от инсульта или от случайного заболевания.

Соматические симптомы. Психическая деградация при прогрессивном параличе идет параллельно с постепенным разрушением всего организма. Очень рано начинают сказываться двигательные расстройства, основанные на поражении корковых и подкорковых центров. Движения становятся неловкими, неточными, нарушается их координация, что особенно сказывается при производстве работ, требующих точности и отчетливости выполнения; походка становится неуверенной, шаткой, и в последнем стадии больной совершенно не может ходить; появляется дрожание в языке, губах и пальцах рук. Расстраивается почерк, он становится неровным, нетвердым, в нем заметно дрожание, общая неряшливость, направление строчки не выдерживается, появляются пропуски букв и слогов. Эти изменения почерка зависят не только от двигательных расстройств, но и от поражения активных психических функций (внимания); в поздних стадиях больной, конечно, совершенно не может писать. Расстраивается также речь, она становится невнятной, мажущей, появляются спотыкания на слогах, пропуски слогов, в особенности затрудняется выговор трудных слов, что является довольно ранним признаком болезни; для

обнаружения расстройства речи просят больного повторять трудные слова ■ фразы: напр., „сшит колпак, да не поколпаковски, надо его переколпаковать“; в последнем же стадии способность к речи совершенно исчезает, больной произносит лишь нечленораздельные звуки. Фибриллярные подергивания в мышцах гортани являются причиной изменения голоса, теряющего свой тембр и отчетливость, что является одним из компонентов столь характерного паралитического расстройства речи. Афазия, парафазия, аграмматизм также могут наблюдаться у паралитиков, главным образом после инсульта. Расстройства речи ■ почерка являются очень важными симптомами при распознавании паралича. Далее наблюдается маскообразное лицо вследствие мимической неподвижности; парезы черепных нервов: неравномерная инервация лица, птоз, отклонение языка в сторону при высовывании ■ пр.; поражения конечностей в виде гемиплегии ■ пр. не так часты, они могут быть после инсультов, но носят преходящий характер; для прогрессивного паралича более характерно общее ослабление всего моторного аппарата, чем очаговые поражения. Сухожильные рефлексы обычно повышены, иногда неравномерны или же понижены, могут ■ совершенно отсутствовать. Повышение рефлексов может зависеть от церебральных изменений, или от поражения боковых столбов спинного мозга; при этом часто наблюдается клонус стоп; отсутствие рефлексов зависит от поражения задних столбов спинного мозга. Атаксия обычно не наблюдается в сколько-нибудь выраженной степени, даже при поражении задних столбов. Зрачковые расстройства являются ранним, постоянным и поэтому очень важным признаком: наблюдается неравномерность зрачков, их сужение (миоз), неправильная их форма, вялость или отсутствие реакции на свет при сохранении реакции на аккомодацию (рефлекторная неподвижность, симптом Аргиль-Робертсона), гораздо реже бывает абсолютная неподвижность зрачков. Наблюдается также понижение зрачковой реакции на сенсорные и психические раздражения. Очень обычное явление у паралитиков расстройство сфинктеров — недержание или задержка мочи, а затем и кала. Эти расстройства могут относиться и к спинальной локализации, но во многих случаях, особенно в конце болезни, они вызываются поражением соответствующих высших двигательных корковых центров.

Очень часто при прогрессивном параличе наблюдаются вазомоторные и трофические расстройства, особенно в последней стадии болезни. Сюда относятся цианоз конечностей, отеки (без белка в моче), легкая ранимость тканей, ломкость костей,

атрофи
заны
от пор
дает в
когда б
при об
в пери
веса, пр
вследст
всех др
форме,
затем
при про
Обм
ряд рас
ператур
дят к не
состоя
на введ
выделен
стояния
обмена п
белковых
вины; пр
Этим об
уменьше
неоргани
сложных
числе и
ной серы
лее, очен
ческому
бы сито,
синтезиру
то соотве
пуровой
служит не
низме не
исследова
вания дол
параличем
Теп

атрофия мышц, склонность к пролежням. Эти расстройства связаны с общим нарушением питания и обмена, а также зависят от поражения вегетативных центров. Вес тела у паралитиков падает в начале болезни, если имеется состояние возбуждения, затем, когда больной становится спокойнее и понижается его активность, при обычно хорошем аппетите, вес быстро нарастает и, наконец, в периоде паралитического маразма снова наблюдается падение веса, причем дело доходит до чрезвычайного исхудания больного вследствие атрофии не только жирового подкожного слоя, но и всех других тканей. В начале болезни, особенно при экспансивной форме, наблюдается временное повышение полового влечения, но затем потенция быстро падает. Серологические изменения при прогрессивном параличе см. стр. 47.

Обмен веществ при прогрессивном параличе претерпевает ряд расстройств, о чем свидетельствуют колебания веса тела, температуры, вегетативные явления. Лабораторные исследования приводят к несомненному заключению, что больные не находятся в состоянии так наз. азотистого равновесия. Несмотря на введение пищи с постоянным количеством азота, количество выделенного азота колеблется со дня на день; с ухудшением состояния эти колебания становятся резче. Расстройство белкового обмена при прогрессивном параличе заключается в том, что распад белковых тел не доходит до конечных продуктов, т. е. до мочевины; происходит как бы задержка на промежуточных ступенях. Этим объясняется, что в моче у этих больных имеется резкое уменьшение количества мочевины, мочевой кислоты, креатинина, неорганической серы, рядом с этим увеличение количества более сложных продуктов распада, а именно остаточного азота (в том числе и аммиака), пуриновых оснований, метилгуанидина, нейтральной серы, оксипротеиновых кислот и т. д. [Аллерс (Allers)]. Далее, очень серьезным нарушением является неспособность к химическому синтезу; организм этих больных представляет из себя как бы сито, через которое проходят взятые для синтеза вещества, не синтезируясь. Если кормить этих больных бензойной кислотой, то соответствующего синтеза с гликолем организма, т. е. гиппуровой кислоты, не получается (Серейский). Причиной этому служит неполный распад белковых веществ, вследствие чего в организме не хватает достаточного количества гликоля. Дальнейшие исследования обмена веществ в различных стадиях этого заболевания должны выяснить причинную связь между прогрессивным параличем и расстройством обмена веществ.

Течение. Инкубационный период прогрессивного паралича про-

должается, согласно данным различных авторов, от двух до сорока лет, но наибольшее количество всех случаев заболевания через 10—15 лет после заражения. Этими цифрами отчасти определяется и возраст, в котором чаще всего наблюдается заболевание параличом: если принять во внимание, что сифилисом заражаются чаще всего в 20—30 лет, то естественно главная масса паралитических заболеваний приходится на возраст от 30 до 45 лет. Однако ■ другие возрасты не свободны от этой болезни, особенно если учесть заболевания на почве конгенитального сифилиса. В детском возрасте чаще всего заболевают в возрасте 10—15 лет (т. е. фактически тот же инкубационный период после заражения, прошедшего ■ начале жизни субъекта). Значительно чаще, чем это обычно думают, наблюдается заболевание параличом ■ старческом возрасте.

Продолжительность течения прогрессивного паралича в среднем два года и пять месяцев по Юниусу и Арндту, при этом, согласно статистике этих авторов, к концу первого года болезни умирает 19%, к концу второго 45,7%, к концу третьего 73,6% и к концу четвертого 86,3%. Имеется известное различие в продолжительности течения различных форм паралича; самые злокачественные — ажитированные формы, некоторые из них дают так наз. галлопирующее течение; более медленно текут экспансивные и особенно дементные формы. Очень важное значение имеют ремиссии и инсульты; их наличие определяет в значительной мере и длительность течения. Ремиссии обычно продолжаются несколько месяцев, редко бывают в течение 2—3 лет; они чаще всего наблюдаются при экспансивных формах. Иногда в течение прогрессивного паралича бывает несколько ремиссий. Во время ремиссии нередко состояние больного настолько улучшается, что он возвращается к своему делу, при этом, однако, всегда остаются некоторые неврологические (со стороны зрачков и пр.) и серологические симптомы. Ремиссии бывают в 10—15% всех случаев (25% случаев при экспансивной форме). При лечении малярией число ремиссий значительно увеличивается (до 50%). Инсульты, конечно, напротив, ускоряют распад организма паралитиков и иногда бывают непосредственной причиной смерти; случаи с частыми инсультами (припадочные параличи) представляются особенно злокачественными и быстро протекающими.

Прогноз, конечно, неблагоприятный. Этой оценки все еще не могут изменить в лучшую сторону даже новейшие методы лечения прогрессивного паралича, в лучшем случае дающие лишь более длительные и частые ремиссии.

Атипичические формы прогрессивного паралича. Сюда относятся такие случаи, которые по своим симптомам ■ течению или же по времени своего развития настолько уклоняются от типичного прогрессивного паралича, что требуется их несколько обособленное описание.

Стационарный паралич. Несомненные проверенные анатомически случаи стационарного паралича довольно редки. Стационарный паралич отличается столь медленным течением, что больные живут по 20 и более лет и погибают от какой-либо случайной болезни.

Паралич Лиссауэра (Lissauer). Особенности этой формы зависят от атипичической локализации, главным образом, в затылочных долях. Болезнь проявляется в медленном течении, ■ стойких явлениях выпадения, с несвойственными обычному параличу очаговыми симптомами. К концу болезни процесс генерализируется и дает конечный стадий, сходный с обычным параличем.

Табопаралич. При этой форме так же, как при параличе Лиссауэра, имеются в сущности преимущественно локализационные особенности, а именно помимо обычных паралитических изменений в большом мозгу — поражение спинного мозга. Обычно спинномозговые симптомы табетического характера за несколько лет предшествуют развитию психического расстройства. Таким образом при табопараличе, кроме обычных паралитических симптомов, мы имеем отсутствие пателлярных и ахилловых рефлексов, атаксию, расстройства чувствительности, кризы, атрофию зрительного нерва, полную неподвижность обычно узких зрачков и пр.

Ювенильный паралич развивается на почве конгенитального люэса; он наблюдается у обоих полов более равномерно, чем это бывает при параличе у взрослых; при этом очень часто паралич поражает детей с явными признаками соматической и психической неполноценности, зависящей, конечно, от конгенитального сифилитического процесса (общий инфантилизм, недоразвитие сердца, сосудов, других внутренних органов и пр.); однако в других случаях дети развиваются до заболевания правильно, кажутся полноценными, хорошо учатся. Симптомы ювенильного паралича имеют некоторые особенности: дементная форма встречается более часто, сравнительно со взрослыми, нередко наблюдаются очаговые симптомы, полная рефлекторная неподвижность зрачков (а не только на свет, как при обычном параличе). Замечательна остановка в росте детей, заболевших параличем. Нередко наблюдаются эндокринные расстройства (евнухоидизм, ожирение).

Дифференциальный диагноз. Типичные случаи прогрессивного паралича обычно не представляют затруднений для распознавания.

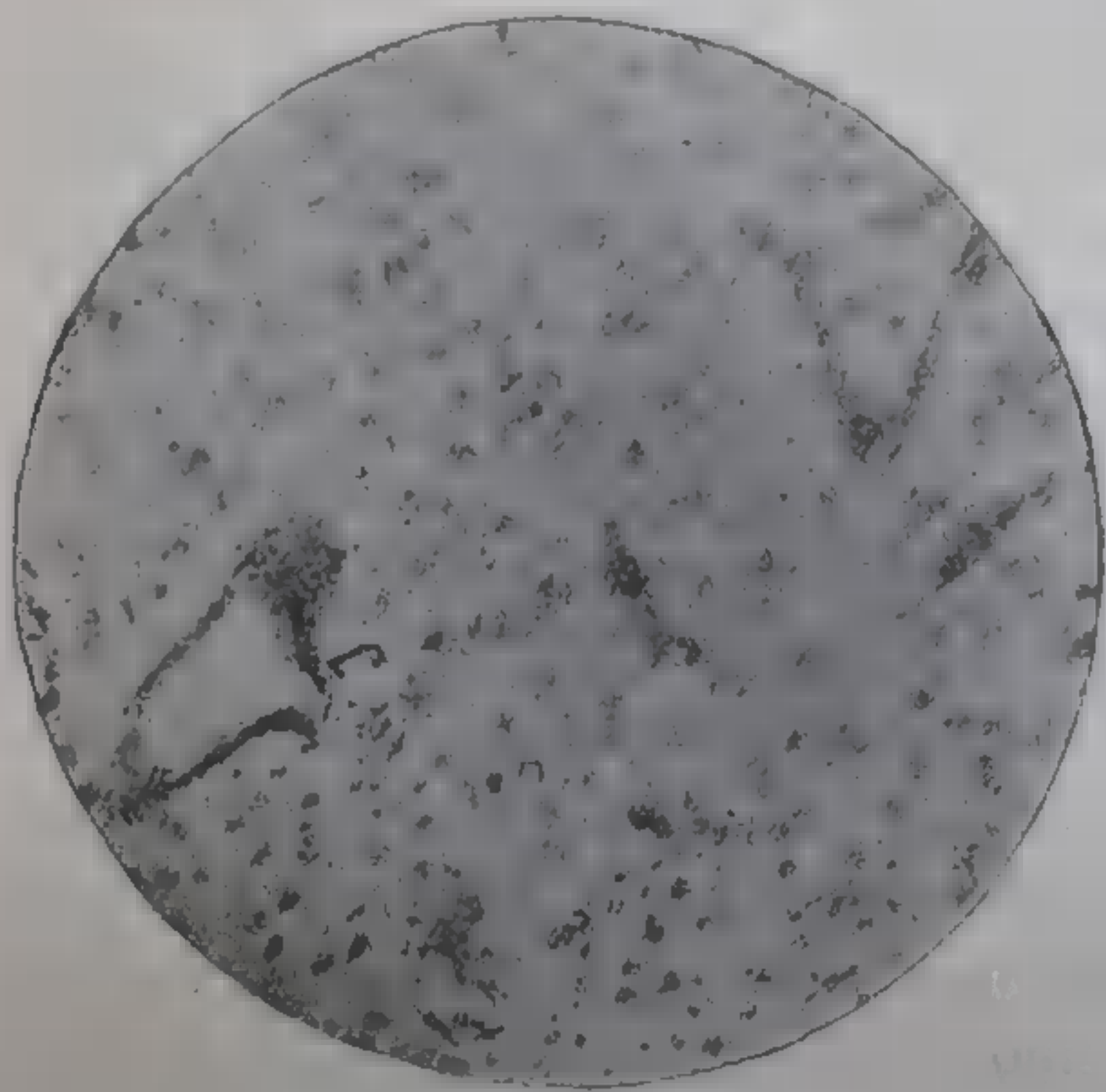
Колебания ■ диагностике чаще всего возможны ■ начальных стадиях болезни, когда прогрессивный паралич дает неврастенические симптомы при недостаточно еще выраженных органических признаках. Злокачественность дальнейшего течения, нарастание психических ■ неврологических симптомов (особенно расстройства речи, зрачков), серологические реакции довольно быстро позволяют отграничить прогрессивный паралич начального периода от простой неврастении; здесь еще нужно обратить особое внимание на возможность неврастении у сифилитика, когда имеются налицо некоторые органические симптомы (со стороны зрачков часто неравномерность) и серологические реакции. Часто наблюдающиеся у паралитиков в начале болезни маниакальные и депрессивные фазы (а иногда ■ циркулярные смены тех и других) могут в некоторых случаях давать повод ■ смешению с маниакально-депрессивным психозом. Все же при прогрессивном параличе обычно нетрудно бывает установить элементы разрушения психики, несвойственные маниакально-депрессивному психозу, наличие нелепого бреда, слабодушия, своеобразную эвфорию и, конечно, начинающееся появление органических симптомов. Реже приходится дифференцировать прогрессивный паралич от шизофрении (параноидные формы последней с пышным нелепым бредом могут напоминать прогрессивный паралич), а также от эпилепсии. Различные хронические отравления, сопровождающиеся психическим распадом и неврологическими симптомами, могут иногда дать картину болезни, сходную с параличем; сюда относятся: алкогольный псевдопаралич, при котором могут быть изменения даже речи и зрачков, отравления свинцом, бромом, вероналом, наконец, хроническая уремия. Тщательное психоневрологическое и серологическое исследование и наблюдение обыкновенно быстро позволяют установить диагноз. Опухоли мозга, особенно в случаях их локализации в лобных долях, также могут дать симптомы, напоминающие прогрессивный паралич, при этом в цереброспинальной жидкости возможен лейкоцитоз и реакция Нонне (фаза 1). Здесь имеет значение наличие застойного соска и других явлений, связанных с повышением внутричерепного давления при опухолях. Тяжелые травмы с поражением мозга могут дать картину, близкую к параличу, до расстройства речи включительно; рефлекторная неподвижность зрачков и наличие реакции Вассермана в цереброспинальной жидкости помогают установке диагноза паралича. Очень часты диагностические ошибки при постановке диагноза прогрессивного паралича в старческом возрасте, так как, с одной стороны, паралич в этом возрасте обычно течет очень

вяло, без пышного развития бреда и т. п., а с другой стороны, артериосклероз ■ старческое слабоумие могут давать симптомы распада,¹ до некоторой степени сходные с паралитическими. Нужно иметь в виду, что артериосклерозу свойственны очаговые неврологические выпадения ■ лакунарные психические симптомы, редко наблюдающиеся при прогрессивном параличе. Старческому слабоумию не свойственны паралитические расстройства речи. Наконец, серологические реакции имеют здесь особенно большое значение. Наиболее частыми нужно считать затруднения при распознавании прогрессивного паралича от сифилиса мозга, благодаря общности этиологии, многих неврологических и психических симптомов, а также серологических реакций. Впрочем, как правило, в цереброспинальной жидкости реакция Вассермана получается у паралитиков уже при малых количествах жидкости (0,2), при сифилисе же мозга она обычно получается только с большими дозами жидкости (0,4 — 0,8). При сифилитических психозах менее длителен инкубационный период, не столь характерны расстройства речи, чаще они афазического или бульбарного характера, более обычны очаговые симптомы и головные боли, слабоумие носит лакунарный характер, чаще галлюцинации, а главное—течение болезни не столь злокачественное и процесс нередко уступает специфическому лечению. Таким образом опорных пунктов довольно много, но нет абсолютно верных признаков, и лишь тщательное взвешивание всех наблюдаемых явлений позволяет избежать диагностических ошибок. Приблизительно такие же затруднения возможны при дифференцировке прогрессивного паралича от табетических психозов; при последних чаще галлюцинаторно-параноидная форма, нет паралитических расстройств речи, не столь постоянна реакция Вассермана в крови и цереброспинальной жидкости и нет паралитической злокачественности течения болезни.

Патологическая анатомия. Изменения мозга при прогрессивном параличе заметны уже макроскопически. Вес мозга в среднем на 100 — 150 г бывает ниже, чем нормальная средняя. Заметна атрофия коры большого мозга, расширение борозд, утончение извилин. Обычно скопление жидкости в оболочках и расширенных желудочках мозга. Очень характерен зернистый эпендимит, заметный главным образом на дне 4-го желудочка. Мягкая мозговая оболочка помутнена, утолщена и сращена с мозговым веществом. Сосуды склерозированы. Очаговые разрушения (кровоизлияния, размягчения) очень редки при прогрессивном параличе — мы на 239 анатомически обследованных случаев только в одном констатировали большое кровоизлияние, и то это был ювенильный

паралич, которому, как мы упоминали, более свойственны очаговые поражения. В случаях смерти от инсульта констатируется резкая гиперемия мозга, точечные кровоизлияния в коре, иногда явления набухания мозга (Hirnschwellung). Из анатомических находок в других органах наиболее постоянны атероматозные изменения в аорте. Таким образом обычно уже макроскопически можно ставить предположительный диагноз прогрессивного паралича, но, конечно, решающее значение имеет только гистологическая картина, тем более, что ■ некоторых случаях, особенно в ранних периодах болезни, макроскопические изменения могут быть весьма незначительны.

Гистопатология прогрессивного паралича со времени классичес-



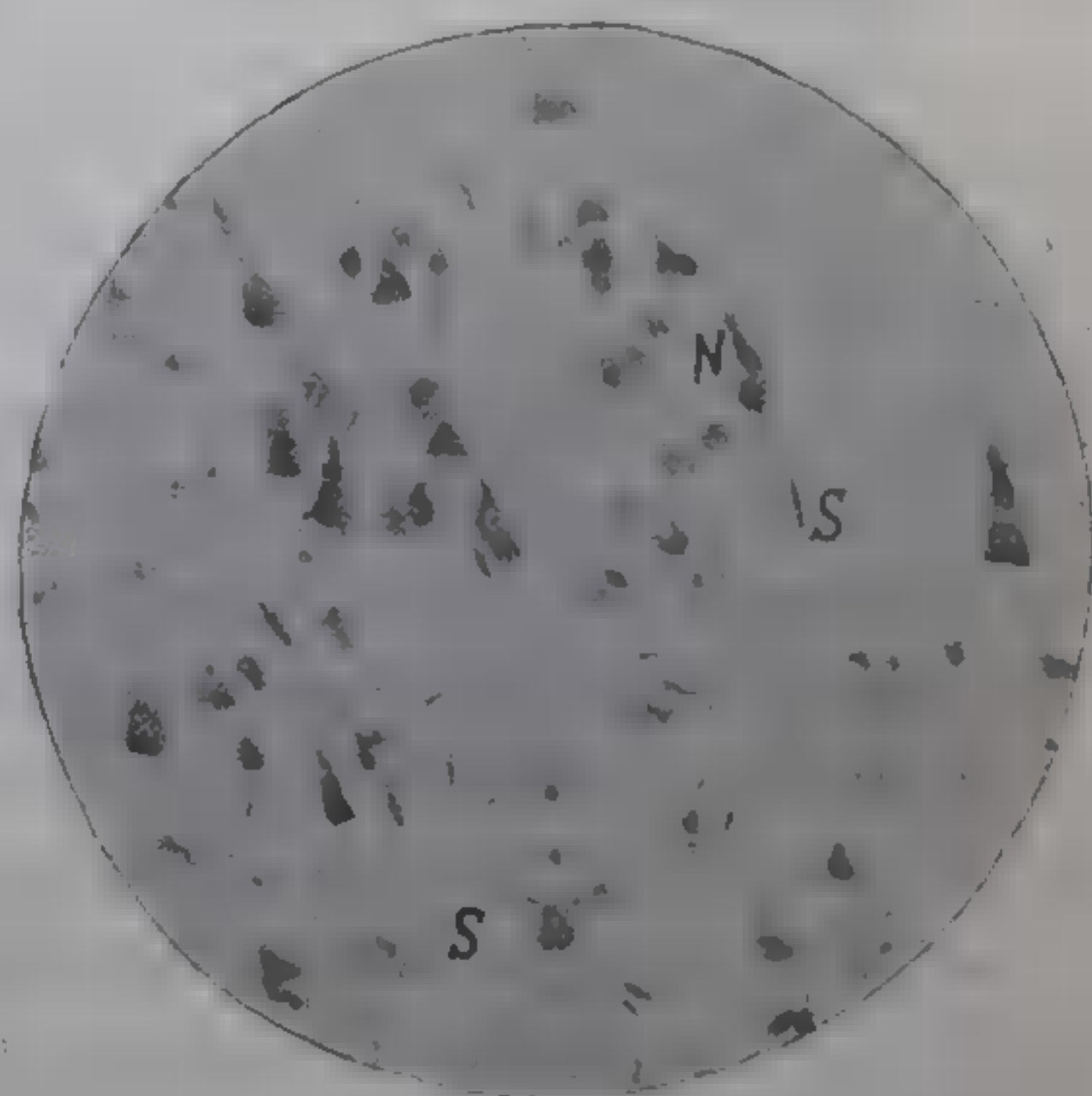
Микрофот. 4. Размножение сосудов и их инфильтрация (особенно при I); нарушение архитектоники. (Собств. набл.)

ких исследований Ниссля и Альцгеймера, опубликованных в 1904 г., может считаться одной из наиболее точно разработанных глав патологической анатомии психозов. Паралитический процесс характеризуется первичным поражением как мезодермы, так и эктодермы (в противоположность другим сифилитическим заболеваниям, поражающим первично лишь мезодерму). Мезодермальные паралитические изменения представляют из себя воспалительный процесс, выражающийся в инфильтрации мяг-

кой мозговой оболочки и сосудов, а также в размножении последних. Инфильтрация сосудов может быть более или менее выраженной, но во всяком случае она представляет постоянное явление при прогрессивном параличе и ее полное отсутствие исключает наличие этой болезни (микрофот. 4). Состав инфильтрации — преимущественно плазматические клетки (особенно около мелких сосудов) с примесью лимфоцитов и тучных клеток (главным образом около крупных сосудов и в мягкой мозговой оболочке). Кроме того Любарш и Шпац (Lubarsch, Spatz) нашли решетчатые клетки, содержащие гемосидерин в мягкой оболочке и около крупных сосудов, что, повидимому, очень специфично для паралича (их нет при множественном склерозе,

эпиде
ствен
на па
пораж
сифил
личе
очень
парали
адвент
пилляр
(гиали
наблюд
бывает
прогрес
наблюд
цесс. И
проявля
ротичес
называе
ского
также
в конеч
соверше
исходит
коры. Р
шаются
Эти пор
следстви
ванной
же обр
средстве
измене
этом пр
в поверх
кон, в г
терными
видны е
тиков от
глиозного
веществ
же

эпидемическом энцефалите и т. п. процессах, которым также свойственна воспалительная инфильтрация мозговых сосудов, похожая на паралитическую). Инфильтрация сосудов коры не связана с поражением мягкой мозговой оболочки (как это наблюдается при сифилитическом менинго-энцефалите): при прогрессивном параличе сосуды заболевают самостоятельно, эта особенность также очень характерна для данной болезни. Далее, при прогрессивном параличе постоянно наблюдается пролиферация эндотелиальных и адвентициальных элементов в мелких сосудах и размножение капилляров; обычны и регрессивные изменения в сосудистых стенках (гиалиноз, фиброз). Около сосудов и в мягкой мозговой оболочке наблюдается большое скопление продуктов распада, что, впрочем, бывает при всех деструктивных процессах. В эктодерме при прогрессивном параличе всегда наблюдается дегенеративный процесс. Изменения нервных клеток проявляются в виде их склеротической атрофии, в виде так называемого тяжелого нисслевского перерождения клеток, а также липоидной дегенерации; в конечном счете часть клеток совершенно разрушается и происходит постепенное запустение коры. Нервные волокна разрушаются преимущественно в коре. Эти поражения являются частью следствием дегенерации, вызванной гибелью клеток, главным же образом следствием непосредственного прямого поражения волокон. Очень значительны изменения невроглии при прогрессивном параличе. При этом преобладают прогрессивные изменения над регрессивными; в поверхностных слоях коры заметно разрастание глиозных волокон, в глубоких — размножение плазматических элементов. Характерными для прогрессивного паралича являются так наз. палочковидные клетки (микрофот. 5). В случаях смерти паралитиков от инсульта наблюдаются так наз. амeboидные клетки глиозного происхождения, главным образом на границе серого вещества с белым. Эти клетки являются следствием бурного размножения глии и представляют из себя ее молодые формы. Амeboидная глия очень быстро (в течение нескольких дней, много недель)



Микрофот. 5. Палочковидные клетки (S); склеротические изменения нервных элементов (N). (Собств. набл.)

распадается ■ исчезает, ■ случае если субъект оправляется от инсульта.

Отмеченные выше изменения при прогрессивном параличе — поражения сосудов, нервной ■ глиозной ткани, запустения — в общей сложности резко изменяют архитектуру коры, и это обстоятельство является одним из наиболее характерных анатомических признаков прогрессивного паралича. Как уже упоминалось, крупные кровоизлияния встречаются крайне редко; более мелкие местные размягчения, некрозы, воспалительные очаги, заметные лишь микроскопически, встречаются сравнительно чаще, но они не резко нарушают общий вид мозговой ткани.

Хотя паралитический процесс распространяется в мозгу диффузно, однако, несомненно, имеется известная неравномерность поражения отдельных частей мозга и некоторые индивидуальные колебания ■ этом отношении. Чаще всего наибольшие изменения мы видим в коре большого мозга, особенно в лобной доле; при параличе Лиссауэра преимущественно поражаются затылочные доли; далее, обычно значительно поражаются Аммониев rog и striatum, слабее thalamus, еще реже отмечаются поражения субталамической области, мозжечка и pallidum.

В общем можно сказать, что в огромном большинстве случаев мы имеем точную анатомическую диагностику прогрессивного паралича даже в атипических его проявлениях, что дает возможность посмертной проверки клинического диагноза.

Профилактика и лечение прогрессивного паралича. *Профилактика* сводится, главным образом, к борьбе с сифилитической инфекцией. В этом отношении на первом плане должны стоять широкие социально-гигиенические мероприятия. Для лиц, больных сифилисом, пока неизвестно надежных профилактических мер против дальнейшего заболевания параличем; все же наибольшее значение в этом отношении имеет тщательное и планомерное лечение сифилиса с контролем при помощи реакции Вассермана, не только крови, но и цереброспинальной жидкости. К сожалению, однако, мы знаем, что даже тщательное антилюэтическое лечение не дает гарантии относительно заболевания прогрессивным параличем. *Специфическое лечение* самого прогрессивного паралича, как известно, не дает сколько-нибудь утешительных результатов. Это обстоятельство объясняется тем, что при параличе спирохета проникает в эктодерму, где она недоступна влиянию лекарственных веществ, находящихся в крови. При безрезультатности ртутного лечения открытие сальварсанной терапии сифилиса оживило было надежды на лечение этим сред-

ством также ■ паралича. Приэтом, не довольствуясь способами введения сальварсана ■ вены (по 0,1 с последующим повышением до 0,3 или неосальварсана от 0,15 до 0,6, с промежутками 5—6 дней), были сделаны еще многочисленные попытки введения этого средства в спинно-мозговой канал (по 0,002 сальварсана с промежутками ■ 2—3 недели) ■ даже ■ субдуральное пространство. Несмотря на отдельные оптимистические сообщения, в общем нужно сказать, что все эти попытки не дали обнадеживающих результатов. Неопределенны также и результаты лечения лецитином (Периц), основанные на том, что при параличе установлено обеднение костного мозга лецитином и увеличение его количества в крови и экскрементах.

Гораздо большее значение в последнее время приобрела терапия прогрессивного паралича при помощи прививки малярии и возвратного тифа. Исходным пунктом для такого лечения послужило старое наблюдение, что нагноение и повышение температуры благотворно влияют на течение прогрессивного паралича. В поисках соответствующих средств было испробовано сначала лечение туберкулином, который при легкости дозировки вызывает повышение температуры и лейкоцитоз (начиная от 0,001 до 0,01, впрыскивания через 3 дня). Далее применялось с той же целью для достижения лейкоцитоза и повышения температуры лечение впрыскиванием нуклеинно-кислого натрия (0,3—1,0 куб. см 10%, водного раствора, в восходящих дозах через 3 дня), а также лечение впрыскиванием молока (3,0—20 куб. см каждые три дня). Все эти способы лечения комбинировались с сальварсаном, и в общем иногда получались сравнительно благоприятные результаты, в виде довольно длительных ремиссий. Однако наиболее благоприятные результаты получены благодаря применению искусственного заражения паралитиков малярией (Вагнер-Яурега) и возвратным тифом [Плаут и Штейнер (Steiner)]. Малярия прививается непосредственно от малярийного больного (во время или вне приступа), причем берут 2—4 куб. см крови и впрыскивают паралитику под кожу спины, стараясь приэтом иглой по возможности травмировать подкожную ткань с целью повреждения мелких сосудов. Инкубационный период продолжается от 10 до 15 дней. После 10—12 приступов малярии начинают ее купировать лечением хинином; всего приходится дать от 5,0 до 10,0 хинина для прекращения малярии. После малярийного лечения рекомендуется применение сальварсана. Непосредственная опасность малярийного лечения заключается в возможности наступления сердечной слабости в связи с повышением температуры; поэтому общая слабость,

состояние маразма, старческий возраст, плохое состояние сердца, аневризма аорты, страдания почек являются противопоказаниями для малярийного лечения. Результаты применения малярии сказываются иногда вскоре после конца лечения, чаще через 1—2 месяца. Очень обычны временные ухудшения течения болезни в виде более или менее бурных обострений, похожих на припадочный паралич, а также с характером галлюцинаторно-параноидных или кататонических приступов. Во время такого обострения, которое и анатомически сказывается усилением процесса, может наступить смертельный исход или же после обострения постепенно начинается улучшение, дающее затем ремиссию. Улучшение прежде всего отражается на психическом состоянии. Наступает общее успокоение, исчезает бред, улучшаются память, возвращается трудоспособность. Вместе с тем улучшается речь и почерк, уменьшается дрожание, улучшаются двигательные способности (походка, ручная умелость* и пр.); наиболее упорно остаются изменения зрачков. В цереброспинальной жидкости уменьшается почти до нормы количество клеточных элементов, реакция же Вассермана в крови и особенно в цереброспинальной жидкости долго остается положительной, ■ лишь в особенно благоприятных случаях длительных ремиссий с годами сходит на-нет и эта реакция. Таким образом в благоприятных случаях после малярийного лечения получается не только возвращение больного в семейную обстановку, но и возобновление им работы. Сопоставление статистики разных авторов, которые сделал Крепелин, при общем числе 3 079 случаев паралича, леченного малярией, дает улучшение в 42,8%, что, конечно, очень благоприятно для такой болезни. Относительно длительности и стойкости получаемых результатов пока трудно судить, так как прошло еще мало времени с начала применения малярийной терапии (с 1917 г.), но уже и теперь имеются случаи, когда в течение ряда лет держится хорошее состояние, причем в случаях смерти от других причин такие паралитики дают анатомическую картину с крайне незначительными изменениями типа стационарного паралича. Конечно, нередко процесс возобновляется через несколько месяцев или же через 1—2—3 года; в таких случаях иногда новое лечение малярией снова улучшает состояние больного.

Помимо малярии применяется также с 1919 г. лечение прогрессивного паралича африканским возвратным тифом (спирохета Дуттона). Несколько капель крови, взятой из сердца мышей, больных рекуррентом, смешивают с несколькими куб. см физиологического раствора поваренной соли и затем 0,5—1,0 куб. см смеси впры-

скивают под кожу паралитика. Через 5—7 дней повышается температура до 40 градусов ■ падает по истечении 1—2 дней, через несколько дней приступ возвращается; обычно их бывает 3—10, причем приступы постепенно ослабевают и прекращаются сами собой. Во многих случаях наступает улучшение, причем статистические данные в этом отношении почти совпадают с результатами малярийного лечения.

В общем следует сказать, что из всех до сих пор применявшихся многочисленных способов лечения, о многих из которых мы вовсе не упоминали, ввиду их полной безуспешности, лечение малярией и рекуррентом является наиболее благоприятным; при этом, повидимому, происходит выработка в организме антител, влияющих на спирохету.

На симптоматических способах лечения прогрессивного паралича нет надобности особенно останавливаться. При резком беспокойстве показаны ванны ■ постельное содержание, снотворные и успокоительные средства. Для более крепких паралитиков, особенно в состоянии ремиссии, полезна неустойчивая работа; слабые и неопытные паралитики, находящиеся в беспомощном состоянии, требуют ухода, заботы о том, чтобы не развивались пролежни, не было задержки мочи и пр. Помещение паралитиков в больницу — почти неизбежная мера, так как неправильное поведение больных, приступы беспокойства, инсульты требуют надзора и тех или иных лечебных мероприятий. Самое лечение малярией и возвратным тифом также должно производиться в больничной обстановке.

Сл. 3. Больной Б. 37 лет. Служащий, с высшим образованием. Женат. Отец — алкоголик, двоюродный брат страдает какой-то душевной болезнью.

Развитие больного в детстве правильно. Рос бойким, подвижным, веселым живым мальчиком. Из детских болезней перенес корь и скарлатину. Учиться начал с 8 лет. Блестяще окончил гимназию, затем юридический факультет. Еще будучи студентом, он, благодаря своей веселости, общительности и постоянной жизнерадостности, принимал участие во всех студенческих пирушках, нередко напиваясь допьяна. Пользовался успехом у женщин. Легко вступал в связи. 22 лет заразился сифилисом. Лечился нерегулярно. По окончании университета служил в разных учреждениях, занимая высокие посты. 30-ти лет женился. Имеет здорового ребенка. Кроме того, у жены было 2—3 естественных выкидыша на 2—3 месяце.

Около года тому назад родственники больного заметили, что больной, обычно ровный и корректный в обращении с людьми, сделался как-то раздражителен и развязен, в особенности с женщинами. Рассказывал сальные анекдоты. Начал чаще выпивать.

Постепенно обозначились забывчивость, рассеянность, слезливость и взрывы гнева по пустякам. Стал больше внимания уделять пище. Однажды созвал к себе

гостей, ■ их обществе улегся на диван и уснул. Разбуженный, смеялся над этим, как над милой шуткой. Путал служебные дела. Объявил сотрудникам, что он получает высокое назначение. Приглашал их на службу на большие оклады. Одному из своих товарищей обещал уступить бесплатно квартиру. Был уволен в отпуск по болезни („неврастения“) на 11½ месяца.

В течение этого времени у больного, впавшего ■ постоянное, особо радостное настроение, начала обозначаться страсть ■ расточительности. Раздавал много денег на улице нищим, созывал к себе домой беспризорных, которых угощал разными сладостями. Не имея фотографического аппарата ■ не умея снимать, закупил несколько десятков дюжин фотографических пластинок. Несколько десятков рублей истратил на покупку шпор, красноармейских значков ■ кошельков. При покупках забывал брать сдачи. Сделался эротичен ■ шумлив.

Привезенный в клинику, обнаружил пышный ■ нелепый бред величия. Рассказывал, что он на-днях женится на дочери Форда и берет несколько сот тысяч тракторов в приданое. Он—владелец крупнейших имений, где он проводит искусственное дождевание путем расстрела туч из морских орудий. В его садах устроены цветники и фонтаны, гораздо более красивые, чем ■ Версале. На-днях должна произойти коронация его младшего сына. Он — князь и первый министр страны. Обладатель великолепнейшего голоса. Он получает в Большом театре несколько миллионов рублей за выход. Если врачу нужны деньги, он прикажет принести несколько корзин червонцев. Он пользуется необычайным успехом у женщин. Его гарем составлен из лучших женщин и девушек Европы. Его аэропланы летают повсюду ■ перелетели океан, лошади получают на бегах первые призы.

Больным себя не считает. При упоминании о том, что он тяжело болен, начинает громко рыдать, но под влиянием утешения быстро успокаивается, радостно улыбается и просит посмотреть его могучее сложение.

Резкое расстройство речи. Затруднение в произношении трудных слов. Смазывает слога. Маскообразное лицо. Зрачки неравномерны — $d > s$. Реакция на свет чрезвычайно вялая. Правая носогубная складка сглажена. Фибриллярные подергивания мышц языка. Легкий тремор пальцев рук. Повышенные коленные рефлексы. Расстройство почерка. При чтении и письме пропускает буквы ■ не кончает слова. Резкое расстройство памяти, счета и соображения. Реакция Вассермана в крови и в жидкости.

В клинике сделана прививка малярии (Tertiana). Перенес 11 приступов с t^0 выше 39,5. Через 2 месяца после перенесения малярии обнаруживается некоторое улучшение: исчезновение бреда, коррекция по отношению к пережитому. В настоящее время живет дома. Исполняет несложную работу, покоен.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НА ПОЧВЕ ТУБЕРКУЛЕЗА.

Если принять во внимание огромное распространение туберкулеза, то в общем следует считать связанные с этой болезнью психические изменения очень нечастым явлением. Обычно туберкулезная инфекция является лишь причиной некоторых более или менее выраженных изменений характера: отмечается раздражительность, быстрая утомляемость, неустойчивость настроения, состояния депрессии, апатия; в некоторых случаях, особенно в последнем стадии легочного туберкулеза, наблюдается эвфория, представляющаяся резким контрастом с печальным положением больных: при повышенном настроении оптимистические планы на будущее высказываются больными ■ в последние дни их жизни. В некоторых случаях отмечаются кошмары по ночам, эпизодические галлюцинации и т. п. Далее, очень редко наблюдаются реакции аментивного типа. Все эти изменения психики не связаны с прямой мозговой локализацией и зависят от токсического влияния туберкулезной инфекции на мозг. Нужно, однако, отметить, что туберкулез может дать и прямое мозговое поражение в виде менингита или солитарного туберкула.

Туберкулезный менингит представляет из себя тяжелое мозговое заболевание, в большинстве случаев кончающееся смертью. Больные становятся крайне вялыми, апатичными; отмечаются головные боли, замедление пульса, повышение чувствительности, рвота. Постепенно развивается состояние оглушенности, затемнение сознания, отрывочный бред; в дальнейшем отмечается сонливость, ригидность затылка, параличи глазных мышц, нистагм, эпилептиформные припадки; болезнь тянется в течение нескольких недель, а иногда месяцев при несколько повышенной температуре. Чаще всего заболевают дети, но встречается эта болезнь и у взрослых. *Лечение* в большинстве случаев безрезультатно, однако описывались случаи выздоровления благодаря вдуванию воздуха или кислорода в спинномозговой канал. Периодическое выпускание цереброспинальной жидкости дает временное улучшение.

Что касается солитарного туберкула, то его развитие в мозгу обнаруживается явлениями, свойственными и другим опухолям; симптоматология зависит от локализации процесса, причем наблюдаются обычно те или другие очаговые явления.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СВЯЗИ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ И ДРУГИМИ ТЯЖЕЛЫМИ ЭКЗОГЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА.

Травмы черепа. При общем травматическом поражении мозга в неосложненных случаях мы имеем так наз. его сотрясение (commotio). При этом непосредственно за травмой больные находятся в течение известного промежутка времени в бессознательном состоянии. После пробуждения они вначале плохо ориентируются в окружающем, забывчивы; настроение у них обычно подавленное, боязливое, реже повышенное; иногда больные беспокойны, куда-то стремятся, не узнают окружающих, нередко галлюцинируют; в других случаях на первом плане апатия, отсутствие инициативы, замедление двигательных ■ речевых реакций; реже наблюдаются явления, сходные с кататоническим ступором. В исключительных случаях могут развиваться амнестические явления корсаковского синдрома. После выздоровления у больных обычно сохраняются лишь смутные воспоминания о времени болезни (более или менее резкая амнезия). Длительность психических расстройств в связи с сотрясением мозга различна — от нескольких часов до многих месяцев. Часто и после выздоровления долгое время наблюдаются неврастенические симптомы: легкая утомляемость, забывчивость, головные боли, расстройство сна и т. п. Прогноз в общем благоприятен; впрочем, у алкоголиков и артериосклеротиков надо быть осторожным с предсказанием ввиду возможности осложнений. Контузии мозга представляются более тяжелыми поражениями, при которых, помимо общего сотрясения, имеются еще и местные повреждения мозгового вещества. В результате наряду с общими явлениями в виде расстройств сознания и пр. развиваются очаговые симптомы: параличи, эпилептиформные припадки, афазические, апрактические, агностические расстройства, изменения чувствительности и т. п. При этом, конечно, симптомы зависят от места повреждения. Течение контузий обычно более длительно, чем при простом сотрясении мозга. Прогноз более серьезен: хотя обычно болезненные явления сглаживаются со временем, однако в более тяжелых случаях остаются те или иные дефекты в зависимости от места поражения. При лечении контузий и сотрясений мозга,

помимо симптоматических средств и лечения поранений (там, где имеются соответствующие показания), рекомендуется выпускание цереброспинальной жидкости (15—25 куб. сантиметров) при помощи поясничного прокола с целью понижения внутричерепного давления. Эту операцию иногда следует производить повторно.

Травматическое слабоумие. Сюда относятся хронические последствия тяжелых травматических повреждений мозга, причем наряду с очаговыми симптомами (параличами, припадками и пр.) устанавливается стойкая психическая недостаточность: забывчивость, аффективная неустойчивость, потеря работоспособности при наличии вазомоторных расстройств и недостаточности двигательных функций. В некоторых случаях на первом плане эпилептиформные припадки, обмороки и пр., что дает повод выделять особую форму так наз. травматической эпилепсии. В случаях, когда припадки бывают связаны с тем или иным местным раздражением (рубцы, осколки кости и пр.), показано хирургическое вмешательство.

Изменения характера. В некоторых случаях, особенно у молодых субъектов, после травм черепа наблюдаются изменения характера, в виде склонности к аффективным вспышкам, разного рода антисоциальных проявлений, крайней импульсивности и пр., при отсутствии расстройств со стороны интеллекта. Такие случаи близки по своим проявлениям, с одной стороны, к конституциональным эпилептоидным психопатиям, а с другой—к соответствующим изменениям характера после эпидемического энцефалита и др. инфекций. Сходство, вероятно, зависит от аналогичной локализации поражения мозговых систем.

Травматические психоневрозы представляются патологической реакцией на травму в таких случаях, когда на первом плане не грубое непосредственное поражение мозга, а связанное с травмой тяжелое психическое переживание, причем, следовательно, расстройства мозговых функций являются следствием более тонких изменений нервной системы (часто связаны с вазомоторными изменениями). Эта форма уже относится, в сущности, к реактивным психическим расстройствам и выражается в виде вазомоторных и истерических психогений (см. главу о психогениях).

Диагностика травматических психических расстройств может представлять затруднения в двух направлениях: 1) травма может провоцировать психическое расстройство иного происхождения, вовсе не являясь его непосредственной причиной: так, возможно развитие эпилепсии после травмы, приступа маниакально-депрессивного психоза и пр.; 2) органические поражения в связи с трав-

мой иногда нелегко бывает отграничить от психоневроза; трудности в этом отношении тем более велики, что очень часты смешанные формы — реактивные наслоения на органические поражения. Во избежание ошибок требуется подробное изучение статуса ■ течения болезни.

Последствия травматических повреждений черепа, помимо чисто медицинского их значения, ставят ряд задач, связанных с социальными мероприятиями. В связи с войной имеется большое число больных, страдающих травматической эпилепсией, неврозами, травматическим слабоумием разных степеней. Большинство таких больных лишь частично утратило работоспособность и для них очень важен целесообразный выбор доступных профессий. Организация профконсультации для травматиков при невро-психиатрических диспансерах, несомненно, является делом большой важности. Самое лечение травматиков, главным образом, должно осуществляться диспансерами, за исключением острых и тяжелых случаев, требующих больничного лечения.

Поражения молнией ■ электрическим током близки по своим проявлениям к травматическим. При прохождении через тело сильного электрического тока субъект теряет сознание и, если остается жив, обнаруживает затем оглушенность, растерянность; вместе с тем могут наблюдаться состояния спутанности, возбуждения с аффектами страха; такие состояния продолжаются несколько часов или дней, после чего наблюдается амнезия. Обычно после этих острых явлений у больных бывают в течение нескольких недель головные боли, головокружения, рассеянность, потеря работоспособности. Далее, наблюдаются дрожание, подергивания, усиленное потение, расстройства пульса, дыхания и пр. симптомы, часто связанные с нарушением вегетативных функций. Смертельные случаи зависят от остановки дыхания. В благоприятных случаях через несколько дней или недель наступает полное выздоровление. *Патолого-анатомические изменения* выражаются в мелких кровоизлияниях и поражениях нервных элементов, которые, повидимому, способны к восстановлению. *Лечение* сводится к искусственному дыханию, кровопусканию, применению возбуждающих средств (камфора, эфир).

Солнечный и тепловой удар. Хотя солнечный удар зависит от непосредственного перегревания головы солнечными лучами, а тепловой — от общего повышения температуры тела, что возможно при жаре, несмотря на облачное небо и даже в перегретых помещениях, однако, по существу нет разницы между этими двумя формами; болезненные явления в обоих случаях зависят от нару

шения регуляции тепла в организме ■ они могут быть описываемы вместе. Удару предшествуют обыкновенно короткие предвестники: головная боль, головокружение, шум ■ ушах, тяжесть во всем теле, шаткая походка. Вслед за этим больной падает без сознания. При этом наблюдаются: бледный цвет лица с синюшным оттенком, малый, резко учащенный пульс, затрудненное, часто поверхностное дыхание, сухая кожа, повышение температуры до 40° и выше; затем бывают иногда эпилептиформные припадки, ригидность затылка, мелкие подергивания. В тяжелых случаях наступают коматозное состояние ■ смерть. В благоприятных случаях у больного частично возвращается сознание, но он некоторое время спутан, дезориентирован и нередко в таком состоянии склонен к агрессивным поступкам или же к самоубийству. Через несколько часов больной приходит в себя, причем у него не остается воспоминания о том, что с ним было. В отдельных случаях наблюдается афазия, неуверенность движений, раздражительность, сонливость и т. п., причем постепенно эти явления сходят на-нет. Замечательно, что в некоторых случаях, в связи с солнечным или тепловым ударом, развиваются состояния травматического невроза, как после обыкновенной травмы черепа. *Прогноз* при солнечном и тепловом ударе довольно серьезен, так как нередко эти случаи заканчиваются смертью. *Анатомически* отмечается резкое переполнение вен мозга и оболочек темною жидкою кровью, отечность мозгового вещества, острые изменения нервных клеток, иногда кровоизлияния, особенно в corpus callosum. Находят также кровоизлияния и в других органах. *Профилактика и лечение.* Чаще всего солнечные и тепловые удары бывают у солдат во время маневров и походов, у лиц, работающих в жарких помещениях (кочегары), у крестьян во время летних полевых работ и т. п. Работа, как всякое физическое напряжение при жаре, способствует удару. Немаловажное значение имеет также слишком теплая одежда, тяжелая амуниция у солдат и пр. Из сказанного ясны те профилактические мероприятия по охране труда, которые необходимы для избежания солнечных и тепловых ударов (назначение походов и др. работ в утренние и вечерние часы, частые остановки для отдыха, легкая светлая одежда, усиленная вентиляция жарких помещений и т. п.). Во время удара больного освобождают от стесняющей его одежды, производят искусственное дыхание, холодное обтирание и обливание, впрыскивание возбуждающих средств (камфора, эфир, кофеин); полезны также вливания физиологического раствора под кожу или в вену, так как у больных имеется обычно большая потеря воды; при сильном цианозе показано кровопускание; при сильных судорогах—легкий наркоз.

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ■ СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМИ ЭНДОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЗГА.

Опухоли мозга характеризуются общими симптомами ■ очаговыми явлениями, зависящими от локализации процесса. В начальных стадиях мы имеем обыкновенно неврастенические ■ ипохондрические симптомы — повышенную раздражительность, резкую утомляемость, головные боли, ослабление памяти. В дальнейшем развивается обычно состояние оглушенности, изменение сознания, галлюцинаторные и бредовые явления, аффекты страха ■ тоски, сонливость. Вместе с тем наблюдаются очаговые явления разного рода, связанные с особенностями локализации: параличи, эпилептиформные припадки, гиперкинезы и пр. Впрочем, припадки могут быть не только следствием местного раздражения, но и результатом общего повышения внутричерепного давления; по той же причине при опухолях обычно наблюдается застойный сосок зрительного нерва (очень важный в диагностическом отношении признак) и ослабление зрения. Далее, обычны: рвота, замедление пульса, неуверенность походки, расстройство речи и пр. В некоторых случаях при опухолях развивается амнестический симптомокомплекс.

При опухолях в определенных частях мозга общие явления, связанные с повышением давления, обычно покрывают собой и затушевывают симптомы, связанные с поражением данного участка. Все же обычно наблюдаются: при опухолях лобных долей, с одной стороны, повышенное настроение с склонностью к остроумничанью и дурашливости (*mania*), с другой — апатия, отсутствие инициативы, расстройство внимания, акинезия, абулия; при поражениях моторных областей — эпилептиформные припадки или же местные судороги типа джексоновой эпилепсии; при поражении затылочных долей — расстройство зрения; при опухолях височных долей — сенсорная афазия, нарушение слуховых функций; при опухолях в передней части мозолистого тела — состояния резкой психической слабости, напоминающей прогрессивный паралич; при опухолях задней части мозолистого тела — бредовые состояния, спутанность; при опухолях в области зрительного бугра — сонливость, центральные боли; в области гипофиза — битемпоральная гемианопсия, акромегалия, адипозогенитальная дистрофия и т. д. При нахождении опухоли в тех или иных частях мозгового ствола, мозжечка и пр., конечно, наблюдаются соответствующие неврологические симптомы. Определение местонахождения опухоли, помимо затемнения местных симптомов общими, связано еще с теми затруднениями,

с котор
стройст
сказыва
расторм
ультате
щих от
имеет ч
Течен
шем про
шинство
первично
тельность
а также от
более. Неб
в стациона
Распозна
статирован
боле, заст
случаях ра
иногда прих
пункцию и
Патолог
ее свойств
саркомы, ф
Кроме того,
свойственны
часто наблю
стки мозга н
же постепен
Лечение о
ческой терап
быть локализи
свои опасност
поэтому предо
Туберозны
жизни (обычно
Психическое
теряют приобр
становятся сон
приходят в со
клонност
дают

с которыми вообще приходится считаться при локализации расстройств мозговых функций: поражение того или иного центра сказывается на целом ряде связанных с ним центров ■ систем, растормаживая одни из них, внося расстройства в другие, ■ результате чего крайне запутывается картина изменений, зависящих от данного поражения. Между тем, локализация опухоли имеет чрезвычайно важное значение для хирургического лечения.

Течение психических расстройств, связанных с опухолями, в общем прогрессивное, иногда отмечаются как бы остановки. Большинство опухолей развивается в нервной ткани или оболочках первично, но возможны и метастазы из других органов. Продолжительность течения зависит от свойств опухоли, ее злокачественности, а также от локализации и бывает от нескольких месяцев до 2—3 лет и более. Небольшие фибромы могут существовать очень долго, почти в стационарном состоянии и иногда мало проявляться клинически.

Распознавание опухолей базируется, главным образом, на констатировании общих и очаговых явлений, наличии головных болей, застойного соска, на прогрессивности течения. В некоторых случаях распознаванию помогает рентгеновский снимок; наконец, иногда приходится применять с диагностическими целями мозговую пункцию и пробные трепанации.

Патологическая анатомия опухолей разнообразна, завися от ее свойств и происхождения. В мозгу наблюдаются глиомы, глиосаркомы, фибросаркомы, фибромы, псаммомы, карциномы и пр. Кроме того, инфекционные гранулемы могут дать все симптомы, свойственные опухолям (гуммы, солитарный туберкул). В опухолях часто наблюдаются кровоизлияния. Соседние с опухолями участки мозга нередко подвергаются разрушению, размягчению или же постепенно атрофируются.

Лечение опухолей (за исключением гумм, требующих специфической терапии) возможно лишь хирургическое, если опухоль может быть локализована. Конечно, хирургическое вмешательство имеет свои опасности и далеко не во всех случаях вообще возможно, поэтому предсказание при опухолях очень неблагоприятно.

Туберозный склероз. Эта болезнь начинается в первые годы жизни (обычно до 6 лет) и имеет резко прогрессивное течение. Психическое развитие останавливается, больные быстро тупеют, теряют приобретенные уже знания и навыки, речь ухудшается, становятся сонливыми, апатичными, раздражительными, временами приходят в состояние возбуждения, бессмысленного аффекта с наклонностью к разрушениям. Кроме того, во всех случаях наблюдаются эпилептиформные судорожные припадки (обыкновенно два-

три раза ■ месяц). Больные ■ большинстве случаев погибают в молодом возрасте (обычно к 20 годам) от туберкулеза или же при явлениях status epilepticus. Очень характерно, что у этих больных наблюдаются часто множественные опухоли кожи — ангиофибромы. Помимо этих опухолей, заметных при жизни, анатомическое исследование обнаруживает развитие опухолей ■ разных органах — в сердце, почках ■ пр. Однако наиболее характерны и постоянны находки ■ мозгу при туберозном склерозе. Уже макроскопически обнаруживаются множественные мелкие опухоли в коре, подкорковых узлах и особенно под эпендимой; в этих местах микроскопически наблюдается разрастание глии и особые атипические клетки, представляющие из себя уродливо развившиеся невробласты; такие же клетки в меньшем количестве рассеянно констатируются ■ в частях коры, макроскопически кажущихся неизмененными. Вместе с тем, кора оказывается бедной нервными клетками и заполненной разросшейся глией. *Этиология* туберозного склероза не ясна. Несомненно, что в основе болезни лежит нарушение условий роста глии и нервных элементов, что, вероятно, связано с какими-то конгенитальными причинами. Вместе с тем рост опухолей в мозгу и других органах объясняет прогрессирующее течение болезни и ее злокачественность. *Дифференциальный диагноз* туберозного склероза чаще всего приходится проводить по отношению к эпилепсии. Злокачественность течения, безрезультатность бромистой терапии, наличие опухолей в коже говорят за туберозный склероз. Нередко, однако, только анатомическое исследование окончательно устанавливает диагноз. *Лечение* туберозного склероза безнадежно.

Миоклоническая эпилепсия. Это семейное заболевание начинается обычно в молодом возрасте. Характеризуется эпилептическими припадками и миоклоническими, т. е. молниеносно-быстрыми, подергиваниями в отдельных мускулах; они усиливаются при волнении и не бывают во сне. Судорожные припадки наблюдаются и днем и ночью и часто дают эпилептический статус. Со стороны психики отмечается наступление слабоумия, расстройство памяти и способности запоминания. Настроение раздражительное, плаксивое, иногда изменчивое, с быстрой сменой смеха и плача. В дальнейшем наступают парезы, ригидность конечностей, физический и психический маразм. Эта форма бывает у членов одной и той же семьи, причем сравнительно часто в тех же семьях наблюдаются эпилепсия и дрожательный паралич. Анатомически отмечается накопление пигмента в моторных клетках коры, амилоидные тельца как в нервных клетках, так и свободно в нервной ткани,

тяжелые изменения нервных клеток. Обычно резко поражена двигательная кора, п. dentatus cerebelli, subst. nigra, thal. opticus; слабее pallidum и пр. ядра.

Амауротическая идиотия. Различаются две формы амауротической идиотии: детская Тэй—Закс (Tau—Sachs) ■ ювенильная (Г. Фогт—Шпильмейер).

Детская амауротическая идиотия обыкновенно начинается на первом году жизни у детей, до того времени здоровых. Больные становятся постепенно вялыми, апатичными, их мышцы делаются дряблыми, они перестают сидеть, держать головку, не могут глотать, постепенно слабеют и, что очень характерно для этой болезни, слепнут (отсюда название). Слабоумие доходит до полного угасания психических функций. Болезнь в течение 1—2 лет приводит к маразму и смерти. Анатомические данные достаточно характерны и определены. Нервные элементы коры находятся в состоянии своеобразного патологического изменения: в самих клетках ■ их отростках обнаруживаются продукты распада; особенно замечательны вздутия на отростках, содержащие такой распад; вместе с тем гибнут и нервные волокна; в частности поражаются волокна зрительного нерва, а также нервные клетки сетчатки, что ■ является причиной расстройства зрения. Этиология амауротической идиотии не ясна. Во всяком случае это заболевание, часто поражающее членов одной и той же семьи. Очень характерно то обстоятельство, что амауротическая идиотия почти исключительно наблюдается у евреев. Повидимому, следовательно, болезнь связана с особым предрасположением отдельных семей определенной расы.

Ювенильная форма амауротической идиотии очень близка к только что описанной детской форме, но она начинается обыкновенно в возрасте 4—16 лет. Больные делаются апатичными, неопрятными, перестают говорить, постепенно слепнут, становятся слабоумными; нередко при этой форме наблюдаются эпилептиформные припадки и параличи (большой частью спастические). Дойдя до состояния глубокого слабоумия и беспомощности, больные погибают большей частью от туберкулеза. При большом сходстве с детской формой наблюдаются и некоторые различия как клинические, так и анатомические. Ювенильная форма, будучи также семейным заболеванием, не является исключительной принадлежностью еврейской расы; течение ювенильной формы более медленное, анатомические изменения менее резки. Повидимому, однако, клинические различия могут быть объяснены большей стойкостью мозговой ткани в юношеском возрасте сравнительно с ранним детством и, следовательно, не являются препятствием для предположения, что обе формы, детская и ювенильная, представляют из себя проявления

одного ■ того же болезненного процесса. Способов лечения амауротической идиотии не существует.

Хорея Гентингтона (Huntington). Это эндогенное семейное заболевание начинается в среднем возрасте ■ характеризуется нарастающим слабоумием и хореатическими гиперкинезами. Болезнь развивается постепенно. Больные делаются невнимательными, у них расстраивается память, способность запоминания, нарушается ориентировка, запас сведений постепенно утрачивается, часто наблюдаются эпизодические бредовые идеи преследования, иногда бывают слуховые галлюцинации. Настроение большей частью безразличное, иногда же подавленное или беспричинно веселое. Работоспособность утрачивается; больной совершает бессмысленные поступки; временами могут появляться состояния спутанности. Наблюдается также упорная бессонница, прожорливость и пр. Очень характерны резко размашистые хореатические движения в руках, туловище, ногах, которые свойственны этим больным; движения эти усиливаются при волнении, могут быть подавлены активно самим больным, во сне они прекращаются или уменьшаются. Мускульная сила не слабеет, механическая возбудимость мускулов повышается. Целевые движения производятся неловко, неуклюже и затрудняются нецелесообразными синкинезиями. Походка обычно расстраивается, мимика вялая, речь неясная, смазанная. Сухожильные рефлексy повышены, зрачки не изменены. Чувствительность не расстраивается. Изредка наблюдаются припадки в виде обмороков и лишь в исключительных случаях с судорожными явлениями. Течение очень медленное, прогрессивное; смерть в конце-концов наступает от общего истощения, сердечной слабости, от воспаления легких и т. п. Анатомически констатируется резкая атрофия коры, главным образом, лобной и прецентральной, запустения с хроническим склерозом нервных клеток (главным образом в III слое) и разрастанием глии; такое же поражение отмечается в striatum (status fibrosus — распад, главным образом, мелких клеток). Эти анатомические изменения и их локализация объясняют преимущественно двигательные расстройства, наблюдающиеся при этой болезни. Применяемое лечение (мышьяк, гиосцин и пр.) в общем не дает благоприятных результатов.

При целом ряде других органических заболеваний мозга — диффузном, лобарном склерозе, псевдосклерозе, болезни Вильсона, атаксии Фридрейха (Friedreich) — также отмечаются психические изменения обыкновенно в виде прогрессирующего оскудения психических функций, что, однако, почти всегда находится на втором плане, сравнительно с тяжелыми основными неврологическими симптомами.

ПСИ
Д
дейс
клини
его с
сопро
тине с
(Бон
ческая
от поч
вызван
ские —
Одн
вместе
психиче
ном, х
характе
двигател
ном отн
ваемый
получаса
а также
измененн
чение им
газом. I
чение соз
торная с
градной а
ального х
и т. д. О
striatum и
хических р
газами, в
(Серей
хро

ГЛАВА ШЕСТАЯ

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СВЯЗИ С ОТРАВЛЕНИЯМИ.

Для психиатрии большой интерес представляют те яды, которые действуют на центральную нервную систему. Судить, на основании клинической картины, о характере яда затруднительно, так как его специфическое действие ступенчато обобщается общими явлениями, сопровождающими отравление; кроме того, на клинической картине отражается влияние „этиологических промежуточных звеньев“ (Бонгефер), повреждение почек, сердца ■ т. д. Наконец, клиническая картина зависит еще от индивидуальности заболевшего, от почвы, на которую падает яд. Мы различаем острые отравления, вызванные однократным или разовым введением яда ■ хронические — многократным.

Однократные отравления относительно редки, представляют вместе с тем значительный интерес с точки зрения патогенеза психических заболеваний. Сюда относятся отравления атропином, хинином, грибами и т. д., клинически проявляющиеся характерным делириозным состоянием, с помрачением сознания, двигательным возбуждением, страхами и т. д. В экспериментальном отношении большой интерес представляет мескалин, добываемый из водоросли *Anhalonium*, 0,15 г, которого по истечении получаса вызывает ярко окрашенные зрительные галлюцинации, а также галлюцинации других видов; величина предметов кажется измененной, появляются галлюцинации обоняния. Практическое значение имеют отравления окисью углерода, светильным газом. Наблюдаемые здесь картины очень разнообразны: помрачение сознания, доходящее до сумеречного состояния, галлюцинационная спутанность, корсаковский синдром, связанный с ретроградной амнезией; при этом нередко наблюдаются явления стрипального характера: бедность мимики, движений, ригидность мышц и т. д. Объясняется это тем, что окись углерода действует на *striatum* и *pallidum*. Большой интерес представляют картины психических расстройств вследствие отравления удушливыми газами, напоминающие нервную форму артериосклероза мозга (Серейский). Об остром отравлении алкоголем см. ниже при хронических отравлениях.

Длительные отравления. Мы различаем 4 типа отравлений, связанные с профессиональной вредностью, с пищей, лекарствами ■ наркотиками.

К *первой* группе относятся отравления свинцом (у маляров и др.). В легких случаях дело ограничивается так наз. „свинцовой неврастенией“, иногда эпилептиформными припадками; в более тяжелых — наблюдается помрачение сознания, делириозные состояния, состояния возбуждения. Нередки дрожание, парезы, апоплектиформные припадки. При устранении вредностей больные большей частью постепенно выздоравливают. К той же группе относятся: отравления ртутью (повышенная раздражительность, спутанность, галлюцинации, бессонница); сероуглеродом (напр., у рабочих на резиновой фабрике; ведет к быстро преходящему состоянию опьянения, к гипоманиакальному возбуждению со спутанностью, галлюцинациями), бензином, тетрахлорэтаном и др.

Ко *второй* группе относятся отравления спорыньей (так наз. эрготизм) и пеллагра. Психические расстройства при эрготизме появляются относительно поздно и обнаруживаются в явлениях спутанности, галлюцинациях (главным образом зрительного характера), бредообразовании, возбуждении; со стороны нервной системы: судороги, которые либо ограничиваются отдельными областями (лицевого нерва, языка и т. д.), либо носят характер эпилептиформных, с потерей сознания, прикусыванием языка, неподвижностью зрачков, парестезиями. Наблюдаются также припадки тетанического характера, симптом Хвостека, спинномозговые симптомы, напоминающие табес. Пеллагра, которую раньше связывали исключительно с питанием порченным маисом, сейчас относится к авитаминозам. Картина психических расстройств — спутанность, зрительные галлюцинации, беспокойство и т. д.

К *третьей* группе лекарственных веществ относится в первую голову бром. В начале отравления наблюдается повышенное настроение, сменяющееся потом подавленностью, расстройством восприятия, памяти, понижением внимания, расстройством речи, письма и т. д. Сюда относятся и отравления вероналем, парaldeгидом. Любопытно, что после резкого отнятия этих веществ спустя несколько дней может развиваться картина делириозного состояния, напоминающая алкогольную. Отравление иододормом вызывает страх, беспокойство.

К *последней, четвертой*, группе относятся отравления наркотиками (алкоголь, эфир, хлороформ, опиаты, морфий, кокаин и др.), которые по своему значению требуют подробного изложения.

ного наркотика; через 6 часов алкоголь исчезает из крови. У алкоголиков количество алкоголя в крови быстро появляется, но быстро исчезает. Состояния опьянения в значительной степени зависят от индивидуальных особенностей субъекта. Женщины и дети менее выносливы; некоторые люди отличаются резкой невыносимостью к алкоголю. В зависимости от индивидуальности мы наблюдаем разные картины опьянения. Одни быстро впадают в сонливое состояние без явного возбуждения, другие же, наоборот, в „алкогольное буйство“, причем восприятие, мышление относительно мало расстроены. Наконец, у некоторых наблюдается состояние, близкое к сумеречному, с глубоким помрачением сознания, галлюцинациями, тяжелым возбуждением, могущим длиться от минуты до нескольких часов. Это так наз. патологическое опьянение, или правильнее эпилептиформное опьянение (Крепелин), так как каждое опьянение патологично. Такое необычайное состояние мы встречаем прежде всего у лиц с определенными психопатологическими особенностями (эпилепсия, истерия, психопатия). Способствуют развитию этих состояний резкий аффект во время опьянения (страх и т. п.), истощение, жара, травмы головы, инфекции и пр. Существенным является то обстоятельство, что эпилептиформное опьянение может быть вызвано небольшим количеством алкоголя у людей, которые не выносливы к алкоголю. Такое опьянение представляет значительную опасность для самих больных и для окружающих и имеет поэтому большое криминогенное значение. Описан случай, когда в таком состоянии больной без всякого повода перерезал горло своей первой жене, а впоследствии и второй, а затем сам повесился. Практически важно знать, что при обыкновенном опьянении больные, уложенные в постель, быстро засыпают, здесь же даже самые сильные снотворные не дают эффекта.

Переходим к явлениям **хронического отравления** алкоголем.

Хронический алкоголизм обусловлен патологическим влечением к алкоголю, причем яд поступает в организм тогда, когда имеется еще действие предыдущей дозы. Как показали опыты Крепелина, уже после 8 дней приема больших доз алкоголя развиваются явления хронического алкоголизма, проявляющиеся в падении работоспособности, что можно отметить даже в последующие 5 дней, свободные от алкоголя. Психологический эксперимент дает в общем те же результаты, что опыты с острым отравлением, но более резкие. Интеллектуальная деятельность понижается в среднем на 12—14%. При изучении личности больного надо иметь в виду, что часть симптомов можно отнести за счет психопатической

конституции. Тем не менее с определенностью можно сказать, что хронический алкоголизм порождает ряд характерных психических и соматических черт.

Симптоматология. Со стороны психики: ■ интеллектуальной деятельности отмечается поверхностность мышления, удлинение времени реакции, преобладание ассоциаций по созвучию, понижение памяти и способности к запоминанию, понижение внимания, повышение утомляемости. Слабость критики, суждения дает почву для бредообразования, подкрепленного иногда галлюцинациями, иллюзиями (переоценка собственной личности, идеи ущерба и т. п.). Очень характерны нарушения в области аффектов: так наз. „юмор пьяниц“ (Galgenhumor) — сочетание веселья, юмора со страхом, ведущим иногда даже к самоубийству; раздражительность, доходящая до буйства, при этом больной может стать особенно опасным для семьи. Так, один больной пытался облить жену керосином и поджечь ее. В то же время больные эти сравнительно легко подчиняются больничному режиму. Раздражительность особенно резка по утрам, когда больной не успел еще выпить. Этот тип алкоголика с эпилептоидной раздражительностью более распространен, менее же часто мы встречаемся с типом изолгавшегося, сентиментального хвастуна, считающего себя жертвой среды, отрицающего свой алкоголизм или же дающего торжественные обещания воздержания на будущее. Постепенно атрофируются и высшие чувства, в особенности этические: больные перестают заботиться о семье, весь заработок уходит на алкоголь; если не хватает средств, то заставляют жену тяжело работать, иногда даже толкают на проституцию, внешне опускаются, ходят грязные, оборванные; чувство долга, чести исчезает, интерес к окружающим пропадает. Повышенное половое чувство ведет к ревности, к бурным циничным сценам с женой, причем больные совершенно не стесняются присутствием детей. Они не отдают себе отчета в роковой роли алкоголя и в тех соматопсихических изменениях, которые произошли под влиянием хронического отравления. Обратясь к врачу по поводу болезни сердца, почек, они очень удивлены, когда эти расстройства врач объясняет алкоголизмом. Вместе с тем у них нередко имеется чувство вины, почему они то совсем отрицают свой алкоголизм, то объясняют необходимостью пить, чтобы выполнять тяжелые работы, что, впрочем, не мешает им особенно много выпивать в дни отдыха. Приводятся самые разнообразные причины алкоголизма: кузнец пьет, так как ему приходится работать при высокой температуре, ночной сторож — из-за холодов; одни пьют, так как им очень весело, другие — что-

бы прогнать тоску. Любопытно, что образованные люди и неграмотные одинаково мотивируют причину пьянства, при этом частым виновником считается плохая семейная жизнь, являющаяся в сущности результатом, а не причиной алкоголизма. Не безгрешны и врачи, по указанию которых некоторые больные начинают принимать алкоголь (против дисменореи ■ пр.). Алкоголизм сильно отражается на волевых функциях, ведет ■ слабОВОлию, мешающему больному бросить пить, даже когда он уяснил себе весь вред от пьянства. Больные многократно попадают в больницу, всякий раз давая торжественно обещания бросить навсегда пить. Понижается работоспособность, причем повышенная утомляемость трактуется лишь как последствие непосильной работы. В результате больной, не будучи в состоянии добыть необходимых средств, начинает прибегать к долгам, нередко к краже, к грабежу и т. д. У очень большого процента столкновения с законом.

Со стороны соматик при хроническом алкоголизме наблюдаются: катар желудка и бронхов, цирроз печени, почек и т. д. В большом количестве случаев глюкозурия, иногда альбуминурия. Особенно часты расстройства сердечно-сосудистой системы, расширение сердца („пивное сердце“) и пр. Неврологические симптомы: легкое дрожание, головокружения, головные боли, невриты, ревматические боли, гипестезии, повышение коленных рефлексов, с. Р о м б е р г а; временное ослабление зрачковой реакции. Часто отмечаются расстройства сна, ослабление половых функций. Нередко наблюдаются эпилептиформные припадки, особенно при употреблении водки.

Течение прогрессирующее, зависит от количества и концентрации алкоголя, от попыток воздержания.

Прогноз плохой. Больные часто гибнут от соматических осложнений (пневмония, нефрит, апоплексия, миокардит), так как у них понижена сопротивляемость, особенно в отношении инфекций. Помещение в закрытые лечебные заведения дает в части случаев полное выздоровление.

Патогенез. Большое значение имеет наследственное отягощение, условия среды. В наследственности отмечается у 88% алкоголизм. Наряду с экзогенным моментом необходимо учитывать и эндогенные факторы, психопатическую конституцию; при одном и том же экзогенном факторе только часть людей впадает в хронический алкоголизм.

Бред ревности у пьяниц не есть самостоятельная клиническая картина, а относится к хроническому алкоголизму, в котором превалирует параноидное бредообразование, бред ревности.

Этот бред в значительной мере является результатом психологического развития личности алкоголика. Раздоры с женой на почве пьянства, понижение половых функций при усиленном сексуальном возбуждении создают почву для бреда ревности. Этот бред принимает иногда фантастические размеры, получая подкрепление со стороны обманов чувств и дефектов памяти. Любопытно, что свою агрессивность больной проявляет чаще по отношению к жене, чем к своему сопернику; бред вызывает подчас более бурную реакцию, чем факт настоящей измены. По отдельным признакам можно легко узнать конфабулятивный характер рассказа больного. Так, рассказывая о том, как он через щелку дверей видел „безобразную измену жены“, он, вместе с тем, ничего не говорит о том, какую это с его стороны вызвало реакцию. В начале заболевания ревность появляется только в состоянии опьянения, впоследствии же она делается хронической. Рядом с идеями ревности наблюдаются идеи преследования, больные подвергаются преследованию со стороны жены, соперников и т. д. Настроение обычно злобное, раздражительное, в домашнем кругу нередко буйное. Длительная абстиненция может вести к выздоровлению. С точки зрения распознавания важно иметь в виду, что эпизодически бред ревности встречается при сенильных, пресенильных заболеваниях, шизофрении, кокаинизме, при некоторых психозах, связанных с менструациями, при параное.

Белая горячка (Delirium tremens). *Симптоматология.* Болезнь начинается иногда с периода предвестников, длящегося несколько дней: расстройство сна, нервность, плохое самочувствие, страхи особенно ночью; днем больные могут иногда продолжать свою работу. Еще чаще наблюдается острое начало заболевания, причем на первый план выступают многочисленные галлюцинации (вначале ночью, а потом и днем), главным образом зрительные. Больные относятся к галлюцинациям либо как к реальности, либо как к спектаклю (*Laterna magica*, кино). Весьма характерным считается однообразие этих галлюцинаций и их подвижность, связанная до известной степени с общим физическим беспокойством у галлюцинантов; преобладают животные, обладающие большой двигательной способностью: кошки, мыши, летучие мыши и пр. Общая картина галлюцинаций представляется больному как бы в тумане, во сне. По содержанию галлюцинации большей частью угрожающие, неприятные. Иногда они принимают фантастические облики, представляясь в увеличенном или, наоборот, в очень уменьшенном виде, нередко же отличаются резкой отчетливостью, яркостью, напоминая галлюцинации, вызываемые мескали-

ном. В половине случаев зрительные галлюцинации сочетаются с галлюцинациями слуха (чаще всего акоазмы, музыка, реже слова, речи людей, животных). Музыкальные галлюцинации при других психозах бывают значительно реже. В одном нашем случае больной увидел на белом листе бумаги, как шествует военный оркестр, а приложив бумагу к уху, заявил, что слышит, как играют марш. „Голоса“ часто находятся в связи с мыслями галлюцинантов, почему больные жалуются, что у них крадут мысли. Содержание этих галлюцинаций, либо неприятное, либо же, наоборот, развлекает больных. Нередки галлюцинации осязания (особенно кожи), кинестетические галлюцинации (кровать движется вместе с больным ■ т. п.). На высоте заболевания легко вызвать галлюцинации внушением (опыты Липмана, Рейхардта, Ашаффенбурга). Больным можно внушить, что они из пустого бокала пьют любимый напиток, что они с пола собирают деньги и т. д. Иногда различные виды галлюцинаций очень пластично сливаются, переплетаются, напоминая сон. Галлюцинации и связанные с ними делириантные переживания ведут к бредовому извращенному толкованию действительности. Больного преследуют, за ним следят, жена хочет его отравить и т. д.; реже — идеи величия. Все эти бредовые построения отличаются нестойкостью, быстро исчезают, сменяются, причем характерно, что сознание „я“ всегда сохранено, что больные знают точно, кто они, что они „аутопсихически“ ориентированы. В интеллектуальном отношении: расстройство внимания, отвлекаемость, расстройство способности к запоминанию (при хорошей памяти), конфабуляции, расстройства восприятий, в особенности при чтении (так наз. парафазическое чтение, когда больной читает не то, что написано, а продуцирует набор слов). При слегка помраченном сознании наблюдаются тяжелые расстройства ориентировки: больные дезориентированы в пространстве (не узнают окружающих), не ориентируются во времени, причем объясняется это не расстройством восприятий, как при помрачении сознания, а наличием галлюцинаций, конфабуляций. Больные не только не ориентированы, но ■ ложно ориентированы (Шредер). Настроение соответствует содержанию галлюцинаций, т. е. большей частью боязливое, причем характерно, что оно быстро может смениться веселым настроением. Поведение: постоянное двигательное беспокойство, говорливость, но все же нет того потока слов, как при опьянении. Общее поведение в значительной мере диктуется галлюцинациями. Характерным считается так наз. Beschäftigungsdelir, т. е. бред, связанный с привычными занятиями. Боль-

ной как бы продолжает свои привычные занятия: портной шьет и т. п.; якобы находясь в кабаке, больной заказывает вино ■ пр. Иногда поведение может стать опасным, ■ особенности под влиянием императивных галлюцинаций. Описан случай, когда больной в течение 3 приступов белой горячки проколол себе обе барабанные перепонки, вырвал три зуба ■ отрезал половые органы.

Из соматических признаков характерно мелкое частое дрожание (отсюда название *delirium tremens*), в особенности языка и пальцев; оно иногда распространяется на лицо, конечности; это дрожание отчетливо отражается на почерке. Довольно часто наблюдаются эпилептиформные судороги, реже припадки дизартрии. Из вегетативных расстройств на первом плане резкое нарушение сна, питания. Вес падает. Температура большей частью незначительно повышена, а в редких злокачественных случаях — достигает $42-43^{\circ}$, это так наз. *delirium tremens febrile*; прогностически плохим признаком считается также гипотермия, около 35° и ниже. Сердце всегда расширено, пульс учащен, кровяное давление повышено. Резкое потоотделение. На высоте заболевания часто альбуминурия, реже глюкозурия, уробилинурия, которую связывают с недостаточностью функции печени. Имеются указания на расстройства белкового обмена, высокое содержание индикана в моче и глюкуроновой кислоты. На высоте заболевания находят усиленный распад белков, полинуклеоз и эозинопению.

Течение острое. Обычно приступ проходит в течение 3 — 5 дней. Выздоровление наступает сразу, во сне. Больной просыпается совершенно здоровым (это так наз. критический сон), галлюцинации исчезли, причем иногда имеется ясное воспоминание происходившего. В некоторых случаях, несмотря на воздержание от алкоголя приступ может опять повториться, и это является нередко предвестником корсаковского психоза. Иногда после приступа остаются некоторые бредовые явления в виде так наз. остаточного бреда, эти явления могут держаться довольно долго, превращаясь в так наз. хронический бред.

Прогноз *quoad vitam* хороший; все же в 10% случаев смертельный исход от осложнений: пневмонии и сердечных расстройств. В продромальном периоде нередко бывают попытки к самоубийству.

Этиология. Белая горячка связана с длительным потреблением алкоголя. До войны в России она составляла 25% всех алкогольных расстройств. Встречается обычно между 30 — 50 годами, зна-

чительно чаще летом, так как зимой происходит более быстрое сгорание алкоголя. Патогенеза белой горячки мы точно не знаем. Она развивается на почве хронического алкоголизма; предрасполагающими причинами считаются лихорадочные заболевания, болезни легких, почек, сердца, кишечного тракта, длительная недостаточность питания, связанная нередко с алкогольным катаром желудка, сильное эмоциональное возбуждение (арест и пр.). Некоторые полагают, что внезапное отнятие алкоголя может быть причиной белой горячки, указывая на ее появление у арестованных два-три дня после помещения в тюрьму. По нашим представлениям необходимо здесь учесть также психическую травму, негигиенические условия тюремной жизни и пр.; не исключено, что начавшееся заболевание белой горячкой и связанное с этим неправильное поведение и приводят в части случаев к аресту. Богатый и благоприятный опыт отнятия алкоголя у помещаемых в лечебные заведения больных, страдающих белой горячкой, решительно говорит против причинной связи между отнятием алкоголя и белой горячкой. Уместно тут же отметить, что вино и пиво играют значительно меньшую роль в этиологии этого заболевания, чем водка. Клиническая картина белой горячки не позволяет отождествить ее с простым алкогольным отравлением. Здесь нет потока слов, связанных со скачкой идей, с ассоциациями по созвучию, нет беспечности настроения, живости волевых проявлений. С другой стороны, налицо яркие галлюцинации, помрачение сознания, беспокойство, дрожание, потливость. Далее приступ белой горячки стихает, если даже продолжать давать алкоголь, может появиться после периода воздержания, развивается только у части алкоголиков. Крепелин делает заключение, что белая горячка не есть непосредственный результат алкогольного отравления, а „металко-гольное заболевание“, вызванное расстройством промежуточного обмена веществ. Указание на недостаточность функции печени свидетельствует о том, что образуемые в промежуточном обмене веществ яды не нейтрализуются.

Распознавание. Диагностика белой горячки не вызывает затруднений. Похожую картину дает отравление парaldeгидом. При эпилептическом делириозном состоянии нет дрожания, бреда, связанного с привычной деятельностью. При алкогольном галлюцинозе — ясное сознание, систематизированный бред.

Сл. 4. Больной Г., 48 лет, парикмахер. Отец умер от язвы желудка, мать крайне раздражительная и со странностями. Дед по матери сильно пил. 5 дядей по матери хронические алкоголики.

Больной родился в срок, развивался правильно. С 12-летнего возраста работает в Москве в парикмахерской. Пьет постоянно с 10-летнего возраста. По характеру всегда крайне подвижный, живой, веселый и общительный. Во хмелю бывает гневен, требователен, капризен, дерется. За последнее время стал беспричинно крайне ревнив, тащит все из дома, пропивает. Отмечается за последние годы ослабление памяти. В случае прекращения пьянства, хотя бы на короткое время, теряет трудоспособность. Появляется сильный тремор рук. Неоднократно делал попытки к лечению: лечился гипнозом, находился в специальных лечебницах.

44 лет первый приступ душевного расстройства. Ему стало казаться, что хозяин и сослуживцы хотят его убить. Был очень большой страх, 2 ночи совсем не спал. На службе потребовал расчета ■ ■ состоянии сильного страха убежал к брату.

47 лет внезапно, во время работы, стал громко кричать, что его хотят арестовать. Ходил в союз парикмахеров, где требовал защиты. Плохо спал. Был беспокоен.

48 лет (в 1921 г.) в апреле больной однажды беспрестанно пил в течение 9 суток. Был помещен сослуживцами, по поводу наплыва зрительных галлюцинаций с идеями преследования, в соматическую больницу, откуда был переведен в психиатрическую.

В клинике дрожит всем телом, переживает страх, рассказывает, что он только что избег смерти. Его везли вешать. Дезориентирован. Назначены клизма, сердечные и снотворное. Ночь спал хорошо. На следующий день ясное сознание. Рассказывает, что за 2 дня до поступления в клинику у него пропал сон и аппетит, началось трясение, стал всего бояться. Начало казаться, что все предметы шевелятся. Видел на стене старика, показывавшего ему язык. Слышал ругань по своему адресу. Его звали выпить, для чего предлагали займы денег. Женщины являлись к нему и пытались его соблазнить. Большие мухи, черные и белые, летали по комнате. Под кроватью чесалась собака, он ясно чувствовал ее толчки об кровать. Во всех углах виднелась масса разных рож. Двое знакомых говорили: „вот он Кондратич, парикмахер, не уйдет от нас“. Со всех сторон ему кричали, что он буржуй, а не мастеровой. Из разговоров соседних больных он будто бы узнал, что послано за лошадью отвести его на тот свет. Показалось, что направо от него стоит масса народа. Это неправославные, без креста. Они плясали, предлагали разные подарки, звали к себе. Слева стояли с крестами, но не настоящие православные, вроде грузин или армян. Они предлагали ему ковры, меха, собак, деньги в пачках и также звали его душу к себе.

Через неделю выписан поправившимся. По выписке начал снова пить.

Через год снова поступает в клинику. Опять наплыв зрительных и слуховых галлюцинаций, бредовые идеи преследования, страх, общее дрожание, бессонница, потливость.

В клинике проводит около месяца и выписывается в удовлетворительном состоянии.

Опять пьет, и не проходит года, как вновь поступает в клинику.

В первую ночь своего пребывания в ней он впадает в состояние сильнейшего двигательного беспокойства, сильно потеет. На лице выражение ужаса. Руки дрожат крупным размашистым дрожанием. Он рассказывает, что видит в углу палаты мужичка с бутылкой водки в руках, подмигивающего ему. Множество черных собак рвет на части его одеяло. В стену палаты вделан особый буфет. Полки его уставлены винами, наливками и закусками, но когда больной к нему приближается, дверцы буфета автоматически закрываются. Он видит, как рушится перед ним стена. На ее обломках усаживаются маленькие, серые, мохнатые

тенькие чертики. Они пьют водку ■ потом набрасываются на больного. Бьют его, дразнят водкой. Служители клиники сговариваются его убить. Сам доктор приказал его выпороть или задушить. За стеной он слышит разговор жандармов: „Парикмахер Г. здесь. Он никуда не уйдет. Его надо расстрелять за пьянство. Бей его“, и т. д.

При соматическом обследовании: общий грубый тремор, учащенный пульс, резкая потливость, при нажимании на глазные яблоки наплыв ярчайших зрительных галлюцинаций с усилением чувства страха (симптом Липмана). Терапия: сердечные средства, слабительные, снотворные.

Алкогольный галлюциноз имеет близкое отношение к белой горячке. Болезнь характеризуется систематизированным бредом преследования, связанным с слуховыми галлюцинациями, при ясном сознании.

Симптоматология. Со стороны психики: слуховые галлюцинации, „голоса“ часто беседуют между собой, называя больного в третьем лице; содержание галлюцинаций большей частью неприятное: угрозы, предсказания, что больной „сойдет с ума“ и пр. „Голоса“ воспринимаются с чувственной ясностью, особенно ночью, когда присоединяются и зрительные галлюцинации. Наблюдаются галлюцинации и др. органов чувств: больного электризуют, на нем ползают червяки и т. д. Последствием галлюцинаций являются бредовые представления: что-то ужасное должно случиться, больной совершил раньше преступление и его ждет наказание, его подкарауливают. Самые невинные события кажутся подозрительными, толкуются как преследования. Сознание в общем ясное. Больной ощущает, что с ним происходит что-то неладное, объяснение, что он психически болен, отклоняется им; происходящее он считает проделками врагов, которые хотят сделать его психически больным. Поведение в общем спокойное, долгое время может даже продолжать свои занятия. Несмотря на бред, больной ориентирован, это так наз. *besonnenes Delirium*, (Бонтефер). Под влиянием бредовых представлений больной тщательно закрывает двери, занавешивает окна и пр. Соматически — незначительные изменения: дрожание, бессонница и пр.

Течение. Обычно выздоровление наступает в течение первой недели, реже болезнь тянется 6 — 8 недель. В 50% случаев полное выздоровление, но половина из них дает рецидив либо в виде алкогольного галлюциноза, либо же в виде белой горячки. В 25% случаев после выздоровления остаются некоторые психические дефекты, а в 25% случаев выздоровление не наступает и мы говорим о галлюцинаторном слабоумии пьяниц. В легких случаях остаются слуховые и зрительные галлюцинации, бредовые представления, часто сексуального характера. Если больной

перестает пить, то клиническая картина может сильно поблекнуть. В редких случаях алкогольный галлюциноз переходит ■ так наз. параноидную форму, которую часть авторов относит за счет комбинации с шизофренией.

Этиология. Крепелин относит алкогольный галлюциноз, как и белую горячку, к металкогольным заболеваниям.

Распознавание. От белой горячки отличается ясностью сознания, преобладанием слуховых галлюцинаций, систематизированным бредом галлюцинаторного происхождения и памятью на события острого периода. Иногда картина может походить на маниакально-депрессивный психоз, осложненный страхом и слуховыми галлюцинациями. Заторможенность воли, мышления говорит в пользу маниакально-депрессивного психоза, обострение галлюцинаторных явлений ночью, потливость — за алкогольный галлюциноз. Иногда картина может напоминать шизофрению, от которой отличается отсутствием явлений расщепления психики, аутизма ■ пр.

Корсаковский психоз. Это самая тяжелая форма алкогольных расстройств. Корсаков считал, что этот психоз появляется только при алкоголизме. Сейчас смотрят на него как на синдром, могущий также проявиться при инфекциях, травме черепа, попытках к повешению и пр.

Симптоматология. Со стороны психики: на первом плане стоит резкое расстройство способности к запоминанию; больные забывают тут же, о чем их спрашивали, где были утром, что обедали и пр.; они могут даже забыть о том, что с ними вообще только-что говорили, при этом весьма характерно, что больные отлично понимают, о чем с ними беседуют в данный момент. Как результат этого расстройства — второй важный симптом: потеря ориентировки, особенно во времени. Больной не знает, случилось ли данное событие недавно или год тому назад, он не находит своей квартиры и пр. Очень часто наблюдается еще ретроградная амнезия; описаны случаи, когда больные не помнили, что произошло за последние 25 лет. Провалы памяти не вполне доходят до сознания, забытое заменяется конфабуляциями, бредовыми построениями; любопытно, что эти конфабуляции можно суггестивно направлять в ту или другую сторону. Интеллект в целом резко понижен; больные тупы, отвлекаемы, способность к суждению ослаблена. Настроение вначале возбужденное, боязливое, впоследствии апатичное, безразличное. Поведение: больные опускаются, не заботятся ни о чем и пр. Сознание более или менее ясное. Со стороны соматики: у большинства —

явления алкогольного полиневрита (откуда данное Корсаковым название „полиневритический психоз“), паралигии, атрофия мышц, симптом Ромберга, болезненность при надавливании нервов ■ мышц, расстройство ощущений, ослабление (реже повышение) сухожильных рефлексов, шаткая походка, атаксия, расстройства мочевого пузыря; дрожание пальцев рук; нередко анизокория, вялая реакция зрачков. Атипичной формой корсаковского психоза является алкогольный псевдопаралич, при котором сочетаются соматические симптомы дрожания, расстройства речи, атаксии, параличей и расстройства зрачковой реакции со слабостью памяти и бредом величия.

Течение. В незначительном количестве случаев полное выздоровление, в 25% в течение двух лет наступает смерть. В большинстве случаев после улучшения остаются симптомы утомляемости, слабой памяти, эмоциональной тупости, отсутствие энергии и решительности.

Этиология. Обычно этому заболеванию предшествует длительный алкоголизм, главным образом потребление спирта. Этим объясняется, что заболевание относится к более позднему возрасту, обычно в 50—60 лет. В то время как другие алкогольные психозы чаще бывают у мужчин, корсаковским психозом чаще заболевают женщины.

Распознавание. Клиническая картина может иметь сходство с прогрессирующим параличом. При последнем наблюдается общее расстройство памяти, здесь же — потеря способности к запоминанию, кроме того — невриты, дрожание, потливость. При дифференциальной диагностике руководствуются также серологическими данными.

Патологическая анатомия алкоголизма. При алкоголизме наблюдаются распространенные изменения не только центральной нервной системы, но и периферических нервов. При этом мы имеем частью первичное поражение эктодермы, частью вторичные ее изменения на почве поражения сосудов. Поражение сосудистых стенок ведет к раннему мозговому артериосклерозу, столь свойственному алкоголикам. Вместе с тем, при тяжелых алкогольных психозах нередки мелкие кровоизлияния в коре, а также под эпендимой, и даже образование энцефалитических очагов с разрастанием клеток сосудистых стенок, размножением сосудов и вторичным запустением нервной ткани. Этот *polioencephalitis haemorrhagica super. Wernicke* лежит в основе корсаковского психоза, но может быть и при других алкогольных заболеваниях. Вокруг сосудов обычно значительное скопление продуктов распада.

Что касается нервных клеток, то наблюдается их жировое перерождение, хронические нисслевские изменения, сморщивание ядра; вместе с тем отмечается размножение глии. Поражение нервных клеток находят не только ■ коре, но и в подкорковых узлах, мозжечке и даже ■ спинном мозгу. Наблюдается также распад нервных волокон ■ коре, стволовой части мозга и в спинном мозгу (в голлевских столбах). Заболевание периферических нервов в виде невритов с распадом миелина и разрушением осевых цилиндров также наблюдается при алкоголизме и ■ частности при корсаковском психозе. Кроме того, как известно, при алкоголизме имеется целый ряд патолого-анатомических изменений во внутренних органах (в сердце, желудке, печени, почках и пр.), на которых мы здесь не будем останавливаться.

Профилактика ■ лечение алкоголизма. Алкоголизм столь вредно отражается на народном здоровье, настолько повышает психическую и соматическую заболеваемость и преступность и пагубно отражается на потомстве, что борьба с этим злом приобретает огромное общественное и государственное значение. Задачи психопрофилактики в этом отношении совпадают с общими задачами социальной гигиены. При борьбе с алкоголизмом нельзя возлагать преувеличенных надежд на значение запретительных мероприятий. Опыт показывает, что прекращение производства и продажи спиртных напитков влечет за собой развитие тайного винокурения, потребление в огромном количестве самогона, политуры, денатурата, т. е. напитков, по своим химическим свойствам еще более вредных для здоровья. Вместе с тем запрещение спиртных напитков резко повышает употребление других наркотиков: кокаина, морфия, гашиша и пр. Такие результаты запретительной политики ясно показывают, что борьба с алкоголизмом должна вестись в другой плоскости, а именно в плане оздоровления труда и быта путем противоалкогольного воспитания, особенно подростков, путем санитарного просвещения, поднятия культурного уровня населения, создания полезных развлечений и т. п. Эта борьба должна вестись не только специальными профилактическими и гигиеническими учреждениями, но и всякого рода общественными, особенно профессиональными организациями, путем вовлечения в эту борьбу широких масс населения. Помимо этих мероприятий общего характера, конечно, необходимы непосредственные меры по отношению к алкоголикам. В этом смысле очень важна организация диспансеров, в которых алкоголики не только получают необходимое лечение, но и противоалкогольное воспитание, вовлекаются в активную борьбу с наркоманией. В более тяжелых случаях, когда на

почве злоупотребления алкоголем развиваются психические расстройства, может оказаться необходимым помещение в психиатрические больницы; впрочем, эта мера целесообразна лишь ■ случаях длительных психозов, при всякого же рода кратковременных психических расстройствах ■ связи с алкоголизмом, помещение в больницу не имеет смысла, так как больной нередко успевает выздороветь, прежде чем его довезут до больницы; в этом отношении гораздо правильнее было бы помещение больных ■ стационары при наркодиспансерах, для чего, конечно, необходимо достаточное развитие сети этих учреждений. Организация такой сети у нас еще только начинается и является пока делом будущего. Даже в Москве и Ленинграде соответствующая работа еще находится ■ стадии организации.

Чрезвычайно важен далее вопрос о принудительном лечении алкоголиков. Совнарком в 1926 г. постановил предложить Наркомздраву, Наркомюсту ■ Наркомвнуделу разработать правила о порядке применения принудительного лечения к алкоголикам, не желающим лечиться и по своему состоянию представляющим общественную опасность. В настоящее время соответствующая инструкция заинтересованными наркоматами выработана, но проведение в жизнь этой действительно необходимой профилактической меры пока еще тормозится недостатком предназначенных для этой цели учреждений, организация которых стоит ■ порядке дня.

Лечение алкоголизма сводится прежде всего к полному отнятию алкоголя. Ввиду трудности отвыкания в домашней обстановке рекомендуется помещение в специальные лечебные заведения. При белой горячке необходимо особенное внимание уделять сердцу; очень полезно давать наперстянку в малых дозах, впрыскивать камфору. В качестве успокоительного средства применяют парaldeгид (от 2,0—4,0, 2 раза в день), который больные охотно принимают, так как он по запаху напоминает алкоголь, скополамин под кожу (1—2 мг). Не следует давать опия, хлоралгидрата. Хороший эффект дает молочное питание. В части случаев неплохой результат дает гипноз. В последнее время делаются попытки лечения хронического алкоголизма введением под кожу кислорода. При лечении алкоголизма важно обращать внимание на состояние внутренних органов, особенно сердца, легких, почек.

Судебно-психиатрическое значение алкоголизма чрезвычайно велико. Большое число преступлений совершается в состоянии опьянения и алкогольных психических расстройств. Случаи психозов, конечно, подходят к ст. 11 У. К., но в примечании к этой же статье указывается, что ее действие не распространяется на совершивших преступления в состоянии опьянения. Во всяком

случае по отношению ■ алкоголикам-преступникам суд имеет возможность применять меры защиты ■ судебно-исправительного и медицинского характера, ■ ■ случае надобности даже комбинировать те и другие меры (ст. 26 У. К., несомненно, дает суду достаточно прав в этом отношении).

Морфинизм.

Распространение. Морфинизм распространен уже более полувека, приблизительно со времени открытия шприца П р а в а ц е м (Pravatz), когда морфий стали широко применять с лечебной целью. Опасность морфинизма заключается ■ том, что морфинисты очень быстро привыкают к яду; введенный алкалоид перестает давать желательные реакции (стимулирующее влияние, эйфорию) и приходится переходить к более высоким дозам, в среднем до 0,1—1,0 г. В литературе описаны случаи, когда дозы значительно превышали летальные (12,0 до 14,0). Далее, в то время как алкоголики обычно делают паузы в потреблении алкоголя, морфинисты, благодаря тому, что воздержание от наркотика связано с тяжелыми явлениями „абстиненции“ (см. ниже), лишь в редких случаях самостоятельно прекращают пользование этим ядом. Психологические эксперименты с морфием не безопасны и естественно, что влияние морфия изучено в этом направлении сравнительно плохо. Во всяком случае, с определенностью можно сказать, что морфий действует прямо противоположно алкоголю: возбуждает деятельность интеллекта и затрудняет психомоторные функции.

Распространение морфинизма в значительной степени зависит от способности морфия утолять физическую боль. В 50% случаев в качестве причины для наркомании приводится физическая боль, в 25% — психическая травма. Часть больных становится наркоманами из любопытства, баловства и т. д. Из 60 наших больных мужчин 29 имело отношение к медицинской профессии, из них 18 врачей; остальные — лица интеллигентного труда, служащие. Число наркоманов, по сравнению с числом людей, прибегающих к наркотикам по медицинским показаниям, сравнительно невелико: в этом отношении особенно поучителен опыт последней войны, когда травматических поводов для наркомании было неисчислимо количество на фронте и в тылу, между тем число наркоманов если несколько и возросло, то, следует думать, преимущественно в связи с вынужденной алкогольной абстиненцией. Естественно поэтому предположить, что у наркоманов существует особое предрасположение к злоупотреблению наркотиками.

Еще Эрленмейер (Erlenmeyer) говорил о таком специальном предрасположении. Это предрасположение выражается между прочим в том, что уже первый шприц морфия вызывает эйфорию, в то время как у здоровых людей от морфия получается неприятное общее состояние, металлически горький вкус во рту, тошнота, рвота, боли в животе, усиленная перистальтика, головокружения, приливы к голове, миоз, резкое потоотделение, задержка мочи, резкая слабость, сонливость. Изученный нами (Серейский) собственный и литературный материал приводит к заключению, что надо различать два вида наркоманий: генуинную, с акцентом на конституциональные особенности и симптоматическую, с акцентом на констеллятивные факторы, на условия среды. Среди констеллятивных факторов важнейшим надо считать влияние алкоголя. У наших больных наследственность была до такой степени пропитана алкоголем (алкогольное отягощение около 100%), что мы считаем возможным выдвинуть следующую формулировку: как без сифилиса нет прогрессивного паралича, так без алкоголя в наследственности нет генуинной наркомании. Конституциональным фактором является аффективно-лабильный склад характера (психопаты, истерики и циклотимики). Люди этого склада беспокойны, всячески ищут способа понизить или же повысить свой тонус и находят его в наркотиках; сюда вплетается и конституциональная невыносимость к физическим и психическим травмам. Помимо аффективности, их объединяют еще отдельные черты характера, как слабоволие, легкомыслие, беззаботность, неустойчивость, способность легко увлечься, воспламениться, впечатлительность, нерешительность, общительность; у всех резко обозначены черты грубого эгоизма. Интеллект большей частью удовлетворителен. Такова препсихотическая, пре-наркотическая личность этих больных. Однако не всех наркоманов следует считать психопатическими личностями; это особенно относится к случаям симптоматической наркомании, где акцент поставлен на условия среды, в частности на тяжелые физические заболевания, связанные с болями.

У огромного большинства больных мы находим дегенеративные признаки, неоднократно — вяловатую реакцию зрачков, реже отсутствие брюшных рефлексов — тоже, возможно, признаки дегенерации.

Симптоматология. В отличие от алкоголизма и кокаинизма, морфинизм не ведет к настоящим психозам. В психической деятельности лиц, хронически отравляющих себя морфием, мы наблюдаем постоянные чередования: подъем после приема мор-

фия ■ упадок, когда действие яда прекратилось. В отношении интеллекта можно отметить следующее: живая деятельность после приема морфия сменяется через некоторое время противоположным состоянием; способность к творчеству, инициатива понижается, память ослабевает главным образом из-за расстройства восприятия, резко усиливается утомляемость. Настроение тоже колеблется: подавленное, ипохондрическое, раздражительное сменяется после приема морфия хорошим. Особенно резко обозначаются изменения ■ области воли, характера. Наш материал показал, что наркотики нивелируют характер и „шизоидизируют“ его (Серейский), появляются основные черты, которые Кречмер окрестил именем „психо-эстетическая пропорция“, т. е. раздражительность рядом с апатией и замкнутостью¹⁾. Что описанные нами изменения характера являются артефактом, явно подтверждает один из наших случаев, где врач-наркоман определенно отметил три периода в своей личности: общительный, аффективный до наркомании, замкнутый после злоупотребления наркотиками и опять живой и общительный с тех пор, как бросил наркотизировать себя. Изменением характера в известной мере объясняется то, что больные становятся скрытными, эгоистичными, менее внимательными к семье, обязанностям, обществу, становятся грубее, небрежнее, неряшливее, не доводят дела до конца, лживы, склонны к резонерству. О причинах замкнутости, одной из самых основных постнаркотических черт, один больной говорит: „морфий отделяет от людей, ставит какую-то преграду от внешнего мира, требует к себе исключительного внимания“. Поражает еще одна черта: полное безволие наряду с большой настойчивостью при добывании наркотиков. Иногда указанным изменениям характера предшествует некоторая „неврастеничность“, торопливость, суетливость, подозрительность, ревность, что в отдельных случаях, возможно, следует отнести за счет специфического действия сопутствовавшего кокаина, алкоголя. Следует отметить, что только 12% наших больных злоупотребляло одним наркотиком, остальные комбинировали самым разнообразным путем разные наркотики.

Из соматических расстройств на первом месте стоит расстройство сна; при засыпании нередко возникают гипнагогические галлюцинации. Общее питание нарушено; либо имеется потеря аппетита, либо волчий голод; полидипсия; частые запоры, падение веса. Кожа сухая, сыпи. Усиленное потоотделение и осла-

1) Понятие „шизоидизации“ нашло сейчас широкое применение. Ряд авторов говорит о „шизоидизации“ при туберкулезе. (Симсон и др.) и пр.

бленное слюноотечение, вызывающее неприятные ощущения сухости во рту. Кариозные зубы. Вазомоторные расстройства: краснота лица, головокружения, холодный пот, зябкость, отеки лица. Температура доходит иногда до 38° . Осязательная чувствительность понижена. Мускулатура расслаблена, гипотонична. Астматические явления. Сердце расширено, сердцебиение, тахикардия; кровяное давление понижено. Libido понижено. Движения, походка неуверенные, нередко дрожание, симптом Ромберга. Затруднения речи, парезы глазных мышц, неравенство зрачков, часто резкий миоз, вяловатая реакция. Сухожильные рефлексы повышены, рефлексы со слизистых большею частью исчезают. При длительном морфинизме мы имеем уменьшенное выделение общего азота; в крови — пониженное количество сахара, понижение вязкости, оседаемости эритроцитов. После введения морфия мы имеем в крови ацидоз, через несколько времени сменяющийся алкалозом.

Одним из самых частых осложнений при морфинизме являются абсцессы на разных местах впрыскивания морфия, которое производится большею частью без всякой предосторожности, иногда даже через платье. Известны случаи, когда наркоманы оставляли в коже живота иголку от шприца на несколько дней, у одного наркомана в бедре нашли 160 заржавленных сломанных иголок.

Чрезвычайно мучительно состояние морфиниста, когда он не имеет возможности достать морфия. Уже после 5—6 часов выступают характерные явления воздержания: мучительное беспокойство, страхи, резкая усталость, частое чихание, зевота, зябкость, болезненные ощущения в разных частях тела. Сон исчезает, снотворные не оказывают почти никакого влияния. Больные приходят в состояния возбуждения, раздражения, стонут, настойчиво требуют морфия. Со стороны нервной системы: непроизвольные движения и судороги в конечностях, дрожание. Резкие сердцебиения, в редких случаях даже коллапсы. Кровяное давление повышено; отсутствие этого симптома многие считают признаком того, что больной тайно получает морфий. Боли в желудке (повышенная кислотность), поносы, потеря аппетита. Усиленное слюно- и слезотечение, широкие зрачки. В единичных случаях мы имеем картину, сходную с белой горячкой или алкогольным и кокаиновым бредом; следует думать однако, что здесь имеется комбинация с алкоголизмом или кокаинизмом. Явления абстиненции описаны даже у новорожденных (от матерей морфинисток). Тяжесть этих явлений зависит от конституции субъекта, величины дозы, времени, в течение которого больной привык к наркотику, и общего состояния. Эти явления Марме (Marmé) пытается объяснить тем, что морфий превращается в оксидиморфин. В по-

следнее время высказано предположение [Вут (Wuth)], что при привыкании к морфию мы имеем преобладание явлений ваготонии, соответствующих гипотиреозу, при воздержании — явления симпатикотонии, соответствующие гипертиреозу.

Течение. Признаки длительного отравления морфием обнаруживаются иногда уже спустя несколько месяцев, ■ в иных случаях только после нескольких лет, а ■ очень редких случаях дают лишь самые незначительные расстройства: известны случаи, когда наркоманы злоупотребляли более или менее безнаказанно морфием свыше 30 лет. Иногда злоупотребление наркотиками связано только с определенными периодами, преимущественно с депрессией, состоянием страха; такие приступы носят название „морфинодипсомании“.

Прогноз плохой, так как больные дают рецидивы. Полное излечение отмечено только в 8—10% случаев. Среди нашего материала самый высокий возраст для поступивших в клинику в течение 37 лет морфинистов был 50—55 лет. Следует думать, что наркоманы плохо выживают, раньше умирают. В единичных случаях морфинизм может вести к неожиданной смерти (коллапс).

Патологическая анатомия. Хронический морфинизм ведет к изменениям внутренних органов и мозга. Наблюдается жировое перерождение сердечной мышцы, гемосидероз печени, селезенки, атрофия яичек, отсутствие сперматозоидов, разрастание эпителия в щитовидной железе и уменьшение коллоида, увеличение средней доли гипофиза и хромофобных клеток. В коре головного мозга имеются изменения в ганглиозных клетках, сопровождающиеся увеличением глиозной ткани. Изменения обнаружены и в спинном мозгу (Ч и ж).

Этиология и патогенез. По нашим наблюдениям наследственное отягощение отмечается в 69,4% у мужчин, в 88,8% у женщин. Огромное значение приписывают алкогольному фактору; биопатологическое значение имеет также возраст, а именно высокий возраст отцов, а еще чаще разница в возрасте родителей. Наркоманы часто происходят из очень многочисленных семей, сами же нередко бездетны. Наличие патологической конституции, т. е. готовности стать наркоманом, и определенные условия среды (физические, психические травмы, дурной пример и т. д.) создают почву для наркомании. В последние годы Павловской школой сделаны попытки вызывать явления морфийного отравления путем выработки условных рефлексов.

По поводу привычки к морфию существуют разные теории. Мы знаем, что моча морфинистов не содержит почти ни морфия, ни его продуктов превращения, так как морфий выделяется кишеч-

ником. Если долго давать морфий, то его не находят и в кале. Фауст (Faust) видит сущность привыкания к морфию в увеличенной способности организма разлагать этот яд; особенно тесно связывается с морфием ■ разлагает его мозговая ткань. Эта способность связывать морфий все нарастает, чем ■ объясняется привычка нервной протоплазмы к яду. Морфий перестает быть для мозговых липоидов чуждым веществом.

Распознавание не представляет затруднений. Мы имеем здесь характерные явления отравления (миоз, отсутствие аппетита, расстройства питания) и рубцы от впрыскиваний, а также характерную психическую картину: утомляемость, сонливость, ослабление воли, подавленность до приема морфия и бодрость, повышенное настроение — после. В последнее время сделаны попытки химически открывать малейшие дозы морфия в моче; это представляет значительный практический интерес для обнаружения тайного приема морфия. До сих пор морфий удавалось обнаруживать лишь в кале, где он имеется в значительно большем количестве.

Лечение и профилактика. Все усилия должны быть направлены на профилактику. Профилактика должна вестись в двух направлениях: 1) борьба с алкоголизмом, играющим столь большую роль в наследственности наркоманов, 2) санитарное просвещение не только среди широкого населения, но и среди врачей, так как до сих пор еще остается в силе столь обидное, но тем не менее справедливое замечание Крепелина: „Не было бы врачей, не было бы наркоманов“. Нередки случаи, когда врачи по самому непозволительному поводу дают морфий: при расстройстве настроения и т. п.; для того, чтобы отвыкнуть от морфия предлагают нюхать кокаин, в результате чего больной начинает злоупотреблять обоими наркотиками. Большой профессиональной ошибкой является лечение морфием нервности, бессонницы. Применение морфия следует ограничить лишь теми случаями, где болезнь абсолютно неизлечима, но и здесь только при крайней надобности. Шприц доверять больному не следует ни при каких обстоятельствах, так как это является нередко роковым в судьбе наркомана. Некоторое значение имеет запрет продажи морфия без рецепта; к сожалению, наркоманы путем фальшивых рецептов и пр. ухищряются обойти этот запрет. Целесообразным считали бы мы подвергать наркоманов насильственному лечению в закрытых лечебных учреждениях. Следует иметь в виду, что при поступлении больных их нужно подвергнуть самому тщательному осмотру, так как они часто пытаются тайно принести с собой наркотики, ухитряясь спрятать их in ano, in vagina и т. д.

Отнятие морфия сопровождается тяжелыми явлениями абстиненции. Там, где таковые отсутствуют, есть основание заподозрить, что больной тайно принимает наркотики. Явления абстиненции можно сразу прекратить дачей наркотика. Отнятие морфия следует производить индивидуально ■ зависимости от случая. Для этого существует три пути. 1-й путь — это отнятие морфия сразу; этот способ ведет иногда к мучительным явлениям морфийного голодания, иногда к коллапсу, делириантным состояниям. 2-й путь — это медленное отнятие наркотика; больному дают половину той дозы, до которой он дошел (размеры этой дозы больные обычно преувеличивают) и в течение 1—2 месяцев нисходящими дозами доводят до нуля. Здесь нет бурных явлений голодания, но зато в такой срок труднее обереечь больного от наркотика, у самого же больного создается впечатление, что радикальное лечение и отсутствие морфия небезопасно. В настоящее время наибольшим успехом пользуется третий способ, при котором отнятие производится скоро, в течение 1—2 недель. Некоторые врачи пользуются также впрыскиванием физиологического раствора поваренной соли. В качестве сердечных средств применяется наперстянка, кофеин; против бессонницы, беспокойства — обтирания, теплые ванны, бром. Очень полезно пребывание на свежем воздухе. Исходя из разных теорий морфинизма, авторы предлагают впрыскивание адреналина, пилокарпина, атропина, хинина. Попытки лечить впрыскиванием антиморфийной сыворотки не дали результатов. Показана психотерапия; с пользой применяется гипноз. Противопоказанием для резкого отнятия морфия является очень плохое общее состояние, артериосклероз, болезни сердца. Никким образом не следует пытаться отучать от морфия заменю кокаином и т. п., так как это обычно ведет к пользованию смешанными наркотиками и ухудшает положение больного. Очень целесообразным нам представляется предложение Крепелина помещать выздоровевших морфинистов время от времени на 36—40 часов в закрытое лечебное заведение, чтобы убедиться в том, что у них не наступают явления морфийного голодания. В заключение мы хотели бы отметить, что попадаются случаи — лица старше 50-ти лет, когда после длительного пользования наркотиками полное их отнятие вызывает тяжелые последствия. В этих исключительных случаях следует ограничиться лишь уменьшением дозы и общим надзором.

Сл. 5. Больной Г., 28 лет, врач. Происходит из алкогольно-отягощенной семьи. Развивался правильно. Учился хорошо.

Во взрослом периоде жизни часто в компании нюхал кокаин, эфир. По окончании университета перенес аппендицит, во время которого начал впрыскивать себе морфий для облегчения болей.

По выздоровлении однажды после неприятности вновь возобновил впрыскивание морфия. Вводил под кожу до 0,6 чистого морфия ■ день. Постепенно из веселого, жизнерадостного юноши, превратился ■ замкнутого, апатичного и раздражительного человека.

Тяжело переживает воздержание. Во время абстиненции тревожен, тосклив, испытывает общее недомогание, сильно потеет, чихает, появляются поносы. Жалуется на сердцебиение и одышку, нередко обмороки. Истощен, зрачки расширены. Общее дрожание. Тело покрыто рубцами от уколов.

По выписке из клиники через некоторое время вновь стал злоупотреблять морфием, считая его единственным счастьем ■ жизни. Без морфия, он не может работать, а после впрыскивания он испытывает душевный подъем.

Кокаинизм.

Распространение кокаинизма датируется с того времени, как в Америке предложено было отучать от морфия, заменяя его кокаином. Эту замену надо считать большой врачебной ошибкой, так как кокаин по своим губительным последствиям вполне может соперничать с морфием. Особенное распространение получил кокаин у нас, в Германии и других странах во время войны, чему способствовала травматизация психики, связанная с войной, а также вынужденная алкогольная абстиненция. Увеличению числа кокаинистов способствовал также переход от впрыскивания кокаина к более простому способу—нюханию. Как при морфинизме, кокаинисты быстро привыкают к яду, им приходится увеличивать дозы, доводя до 8,0—10,0 г в день; впрочем, при нюхании кокаина довольно затруднительно устанавливать точно дозы, к тому же к кокаинному порошку торговцы часто добавляют посторонние примеси.

Симптоматология. По своему влиянию кокаин ближе к алкоголю, чем к морфию. Однократное введение вызывает через 10—15 минут состояние кокаинного опьянения, сопровождающееся покраснением лица, расширением зрачков, легким дрожанием, повышением пульса, понижением кровяного давления, а также эйфорией и моторным возбуждением (оживленная жестикуляция, болтливость, суетливость). Состояние это, напоминая алкогольное опьянение, отличается от него тем, что интеллект страдает здесь меньше, резче всего обозначены расстройства восприятия, психомоторно-волевое возбуждение менее выражено. Подобно тому, как это бывает при морфии, эйфория затем сменяется плохим физическим и психическим самочувствием (сердцебиение, обмороки, чувство страха), что заставляет опять прибегать к ко-

каину. При больших дозах мы наблюдаем делириозные состояния, связанные иногда с коллапсом. Любопытно, что экспериментальное отравление кокаином не вызывает заметных изменений клеток коры головного мозга; более значительные изменения мы находим в печени, где гибнет часть паренхиматозной ткани. При хроническом отравлении кокаином еще резче обозначается волнообразное колебание от подъема психической деятельности к ее упадку. Постепенно развивается картина соматопсихической деградации. Память ■ способность к запоминанию понижается, сосредоточение к умственной деятельности становится невозможным, больные всегда слегка возбуждены, беспокойны, у них наблюдается скачка идей, повышенная возбудимость органов чувств, ослабевает воля. Они чувствуют себя неуверенно, развивают при этом бесцельную многообразную деятельность: много говорят, очень много едят (полиграфия — характернейший симптом), при этом запускают все свои дела, обязанности, внешне опускаются, становятся неряшливыми, неопрятными. Настроение то эйфорично, то с оттенком раздражительности, гневливости; чувство страха рядом с полным равнодушием; временами больные очень агрессивны, опасны для окружающих. Это психическое состояние сопровождается рядом физических симптомов. Как при морфинизме, здесь резко нарушен сон. Общее питание расстроено, аппетит плохой, вес падает. Сердце работает плохо, сердцебиения, ускоренный пульс, повышенное кровяное давление. Резкая физическая утомляемость. Сухожильные рефлексы повышены. Реже бывает атаксия, симптом Ромберга. Судороги мышц. Зрачки широкие, реакция вяловатая. Нередко наблюдаются гомосексуальные наклонности; у части больных это отмечается до злоупотребления кокаином. Места встреч гомосексуалистов являются часто притонами для кокаинистов. С отнятием кокаина часто исчезают и сексуальные перверсии. У нюхальщиков кокаина нередко наблюдаются кокаинный насморк, прободение хрящевой перегородки носа.

На почве хронического отравления кокаином (в более редких случаях уже спустя несколько дней) у многих больных развивается картина кокаинного бреда, частично напоминающая алкогольный бред¹⁾. Это состояние характеризуется галлюцинациями, идеями преследования, бредом ревности, при ясном сознании. Начинается обыкновенно с раздражительного

¹⁾ Сходство между кокаинизмом и алкоголизмом можно отметить также в их отношении к эпилепсии: эпилептики невыносимы к алкоголю и кокаину, кокаинисты и алкоголики предрасположены к эпилептиформным реакциям.

состояния, чувства страха, двигательного беспокойства, на фоне чего возникают всякого рода галлюцинации. Окружающее представляется ■ изменившимся виде. Больному мерещатся тела покойников, черепа, он слышит голоса, которые угрожают, издеваются над ним. Особенно характерными являются галлюцинации осязания, подкрепленные тем, что больной видит часто малых животных (вшей, бактерий и т. п.). Больные иногда пытаются продемонстрировать этих животных под микроскопом, будучи уверены, что они сделали научное открытие. Очень характерен зуд на теле, ощущения ползания мурашек под кожей — так наз. симптом Маньяна. Осипов приводит случай, когда больной изрезал себе кожу перочинным ножом, чтобы извлечь ползавших под ней червей. Галлюцинации истолковываются бредовым образом; ощущение под кожей объясняют влиянием недругов, преследователей и т. д. Воображаемая опасность заставляет прибегать к мерам защиты, становящимся подчас опасными для жизни окружающих: больные вооружаются, устраивают баррикады и т. д. Нередко наблюдается бред ревности. Сознание ясное, если не считать отдельных моментов помрачения. Все поведение окрашено беспокойством, речевым возбуждением, непостоянством.

Течение. При отнятии кокаина в несколько дней исчезают бурные делириозные явления; бредовые идеи держатся дольше, вся картина соматопсихической деградации иногда лишь через несколько месяцев постепенно сглаживается.

Этиология. В еще большей степени, чем при морфинизме, мы имеем здесь дело с психопатической личностью, при этом более молодого возраста, с неустойчивостью и т. д. У половины больных можно констатировать наследственное отягощение (психопатия родителей). Но все же кондициональный фактор имеет здесь большее значение, чем при морфинизме.

Распознавание не представляет затруднений, если не считать возможности смешать с алкоголизмом. Следует помнить, что при кокаинизме зрачки большей частью расширены, при алкоголизме скорее сужены. Далее кокаин значительно быстрее ведет к соматопсихической деградации.

Прогноз плохой. Кокаинный бред исчезает, если прекратить прием кокаина, но деградация глубже и держится дольше, чем при алкоголизме и морфинизме.

Лечение и профилактика. Как при морфинизме, преимущественное значение здесь имеют профилактические меры. Лечение возможно провести только в специальных закрытых лечебных учреждениях, причем в отличие от морфия отнятие следует производить

сразу, так как явления абстиненции (страх, беспокойство, сердцебиение и т. д.) менее выражены.

Сл. 6. Больной Ф., 23 лет. Без определенных занятий.

С 13 лет начал увлекаться женщинами, выпивать, проводить время в веселой компании.

Кончив гимназию, учиться дальше не захотел. С 17 лет попал в компанию кокаинистов и сам втянулся в нюхание.

Нюхал, приблизительно, по 1—1½ грамма ■ день. Через несколько лет опустился, распродал свои вещи, делал долги, мошенничал. Изменился характером. Сделался замкнут, мрачен, подозрителен и тревожен. Начало казаться, что его преследуют, за ним все смотрят, дурно ■ ему относятся. Эпизодически появлялись яркие и обильные зрительные галлюцинации, как во время нюхания, так и отдельно от него. Слышались оклики, отдельные ругательные слова по его адресу.

В период незначительного воздержания появлялись самые разнообразные ощущения в теле. Казалось, что по телу бегают разные мелкие насекомые, под кожей ползают крошечные зудящие червячки. Обозначилось прободение носовой перегородки.

Опий, эфир ■ хлороформ.

Опий близок по своим последствиям к морфию. Больные теряют память, становятся равнодушны к своим обязанностям, долгу; мысли заняты получением наркотика. Симптомы: расстройство кишечника, исхудание, анемия, понижение половых функций.

Эфир ■ хлороформ. По действию близки к алкоголю. Эфир принимают либо внутрь, либо вдыхают; хлороформ—только мощностью вдыхания. В психической картине преобладают явления торможения.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

ПСИХОЗЫ ВОЗРАСТА ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ.

Изнашиваемость человеческого организма является до известной степени физиологическим явлением. Способность тканей к восстановлению субстанции, постепенно растрачиваемой в связи с их жизнедеятельностью, имеет свои пределы, ■ в результате организм с возрастом начинает дряхлеть. Время наступления этого процесса, его интенсивность и разрушительность различны у разных индивидуумов в зависимости от их конституциональных особенностей, от перенесенных болезней, от профессиональных вредностей, от жизненно-эпизодических факторов. В зависимости от всех этих моментов, в отдельных случаях наблюдается преимущественное одряхление тех или иных органов и систем: сердца, сосудов, дыхательных органов, эндокринной, нервной системы и т. д. При этом, конечно, изношенность отдельных тканей и органов влияет на жизнедеятельность остальных частей организма, вследствие чего получается сложная картина общей недостаточности. Все же в общем можно определенно сказать, что очень часто в старческом возрасте нервная система сохраняет, несмотря на значительное общее одряхление организма, возможность чрезвычайно интенсивной психической деятельности. Достаточно указать на большое число ученых, политических деятелей и др. представителей интеллигентных профессий, продолжающих ответственную и высококвалифицированную работу до глубокой старости. Некоторые особенности старческой психики (резкое понижение влечений, меньшее влияние эмоций, богатство опыта и навыки к работе) даже способствуют интеллектуальной продуктивности („мудрость старцев“). В большинстве случаев, однако, вместе с общим одряхлением сказывается и изношенность нервной системы. При этом в пределах физиологических особенностей отмечается целый ряд уклонений и недостатков в старческой психике: ослабевает психическая активность, способность к восприятию новых впечатлений, понижается способность запоминания, ослабевает память, оскудевает запас представлений и понятий, суживаются интересы, по-

является эмоциональная тупость и пр. Характерны также свойственные старческому возрасту нарушения психомоторных функций: изменения походки (мелкие шаги), почерка, вялость мимики, оскудение выразительных движений, потеря способности к одновременным движениям (если старик идет ■ должен с кем-нибудь раскланяться, то ему приходится остановиться и т. п.); общий двигательный облик приобретает особый характер, связанный с однообразными движениями, совершающимися по раз выработанному клише (Гомбургер). Эти особенности зависят от одряхления экстрапирамидной системы, обычно выступающего на первый план в старческом возрасте, и от ослабления периферического двигательного аппарата. Наблюдаемые в глубокой старости изменения могут принять резко патологический характер и дойти до степени ясно выраженных психических расстройств. При этом можно считать установившимся в науке то положение, что психические расстройства старческого возраста являются следствием сравнительно ранних, более резких, быстрых и интенсивных явлений одряхления нервной системы, принципиально, однако, не отличающихся от изменений, свойственных физиологической старости. Не только клинические данные, но и анатомические исследования показывают, что свойственные старческим психозам патологические изменения, конечно, в гораздо более слабой степени, наблюдаются и у нормальных стариков.

Классификация психозов старческого возраста и отграничение отдельных форм стали возможны благодаря главным образом успехам патологической анатомии. При этом выяснилась возможность основного разделения этих психозов на формы, зависящие от поражения нервной ткани (эктодермы — это *dementia senilis* ■ собственном смысле), ■ формы, при которых нервная ткань изменяется лишь вторично, вследствие поражения сосудистой системы (артериосклероз, нарушающий питание мозгового вещества). К этому нужно прибавить, что, как известно, помимо сосудов из других экзocereбральных систем, наибольшее влияние на жизнедеятельность мозга оказывает эндокринный аппарат; пертурбации в деятельности этого аппарата, свойственные преимущественно пожилому (предстарческому, климактерическому) возрасту, часто влекут за собою аутоинтоксикацию организма и те или иные нервно-психические расстройства. Таким образом, помимо старческих в собственном смысле и артериосклеротических психозов получается третья группа расстройств, связанных с увяданием организма и зависящих от вторичного поражения нервной ткани, главным образом, вследствие аутоинтоксикационных моментов. Эта группа, однако, наблюдается в несколько более молодом возрасте

(45—60 лет) ■ входит в число так называемых пресенильных психозов.

Указанная выше группировка, основанная на анатомических данных, оправдывается, как мы увидим, и в клиническом отношении. Конечно, нередко наблюдаются смешанные формы, зависящие от одновременно ■ самостоятельно развивающихся эктодермальных и сосудистых изменений, но это обстоятельство не нарушает принципиального нозологического различия основных форм психозов периода обратного развития.

Старческое слабоумие.

Старческое слабоумие является болезнью, связанной, как уже было сказано, с первичным одряхлением нервной ткани. Эта болезнь обычно развивается в возрасте после 70—75 лет и, во всяком случае, не раньше 60 л. Оба пола заболевают приблизительно одинаково часто. Из наследственных данных имеются указания на частую заболеваемость сенильными психозами в семьях таких больных, что, очевидно, указывает на некоторую семейную неполноценность нервной ткани. В происхождении сенильных изменений вероятно также некоторое участие аутоинтоксикационных моментов, связанных со старческой инволюцией эндокринных и др. внутренних органов. Влияние экзогенных моментов (алкоголизм, общие тяжелые условия жизни и пр.) в происхождении старческого слабоумия, повидимому, не имеет особого значения. Впрочем, инфекционные заболевания часто способствуют проявлению старческого психоза.

Симптоматология. Болезнь начинается большей частью постепенно. Развивается исподволь своеобразное слабоумие, выражающееся в резком ослаблении способности запоминания и памяти, в замедлении и затруднении восприятия внешних впечатлений, в склонности к конфабуляциям; вместе с тем обнаруживаются изменения самой структуры психики — характера, больные становятся тупыми, равнодушными к окружающему, их не трогают переживания и несчастья близких, они проявляют патологическую скупость, собирают всякий хлам, интересы их сосредоточиваются на удовлетворении своих элементарных влечений и нужд, они становятся неряшливыми, теряют всякую работоспособность. Настроение то повышенное, причем больные суетливы, болтливы, смеются без видимого повода, то пониженное; часто больные становятся раздражительными, подозрительными, обидчивыми, ворчливыми; нередко обнаруживают половое возбуждение, пристают особенно

к малолетним с циничными предложениями и пр. Очень характерно ночное беспокойство таких больных: они ночью встают бродят по комнатам, собирают вещи, мешают спать окружающим, раздражаются, если их укладывают спать. Засыпают только к утру, днем они, наоборот, обычно бывают сонливы, вялы. Очень часто у больных развиваются бессвязные бредовые идеи величия, преследования, иногда самообвинения, бред отрицания (у них нет желудка, мозга, они уже умерли, остался лишь труп). Вообще бредовые идеи часто носят бессмысленный, нелепый характер, как у паралитиков.

На фоне нарастающего слабоумия нередко развиваются более или менее длительные обострения со спутанностью, бредом, галлюцинациями всех органов чувств, двигательным беспокойством. Поведение при старческом слабоумии обычно таково, что делает их очень тяжелыми в домашней обстановке: помимо отмеченного выше ночного беспокойства, больные часто уходят из дома, бродяжничают, или же запираются в своей комнате, никого к себе не пускают, разговаривают сами с собой, спят не раздеваясь, становятся крайне нечистоплотными, не умываются. Собирая всякий хлам, они нередко берут и чужие вещи; пищу принимают крайне нерегулярно, при этом не поддаются уговорам близких, ругаются, бывают агрессивны. Сознания своей болезни у них обычно нет, они считают себя полноценными, поучают других и т. п. В общем симптоматология старческого слабоумия довольно разнообразна — в отдельных случаях преобладают то одни, то другие явления, что дает повод различать отдельные формы данной болезни — параноидную, экспансивную, депрессивную и пр. Особенно часто как отдельную форму выделяют так наз. пресбиофрению Вернике, которая характеризуется преимущественным ослаблением памяти и способности запоминания, склонностью к конфабуляциям; у больных совершенно почти не удерживаются в памяти ближайшие по времени события, они здороваются по несколько раз с одним и тем же лицом, забывают, как провели текущий день, и т. п. Связанная с расстройством памяти и запоминания дезориентировка в месте, и особенно во времени, способствует конфабуляциям, которыми больные как бы заполняют пробелы своих воспоминаний. При этом они держатся обычно корректно, бывают аккуратны, вежливы, настроение большей частью хорошее или же безразличное, бреда и галлюцинаций не наблюдается. Однако, пресбиофрения не может быть резко отграничена от других форм старческого слабоумия, она часто в дальнейшем течении теряет свои особенности, нередко являясь лишь временным проявлением обыч-

ного старческого заболевания. Равным образом и другие отмеченные выше разновидности старческого слабоумия переходят одна в другую ■ не имеют самостоятельного значения.

Соматические симптомы сводятся к обычным, лишь более резко подчеркнутым явлениям увядания организма — вялость, морщинистость, потеря эластичности кожи, выпадение волос и зубов, помутнение хрусталика, глухота, ломкость костей, изменения сердца и сосудов, эмфизема легких и т. п. С неврологической стороны отмечаются изменения походки, почерка — подчеркнутые двигательные изменения, свойственные, как выше упоминалось, и физиологической старости, дрожание, сужение зрачков и вялость их реакции. В некоторых случаях эпилептиформные припадки и пр. очаговые явления, связанные с неравномерным поражением мозга данным процессом (с местным акцентуированием сенильной атрофии). Чаще, однако, такие очаговые явления указывают на осложнения артериосклерозом; в таких случаях говорят об артериосклеротической форме сенильной деменции, при которой, следовательно, имеются комбинированные поражения и эктодермы и мозговых сосудов.

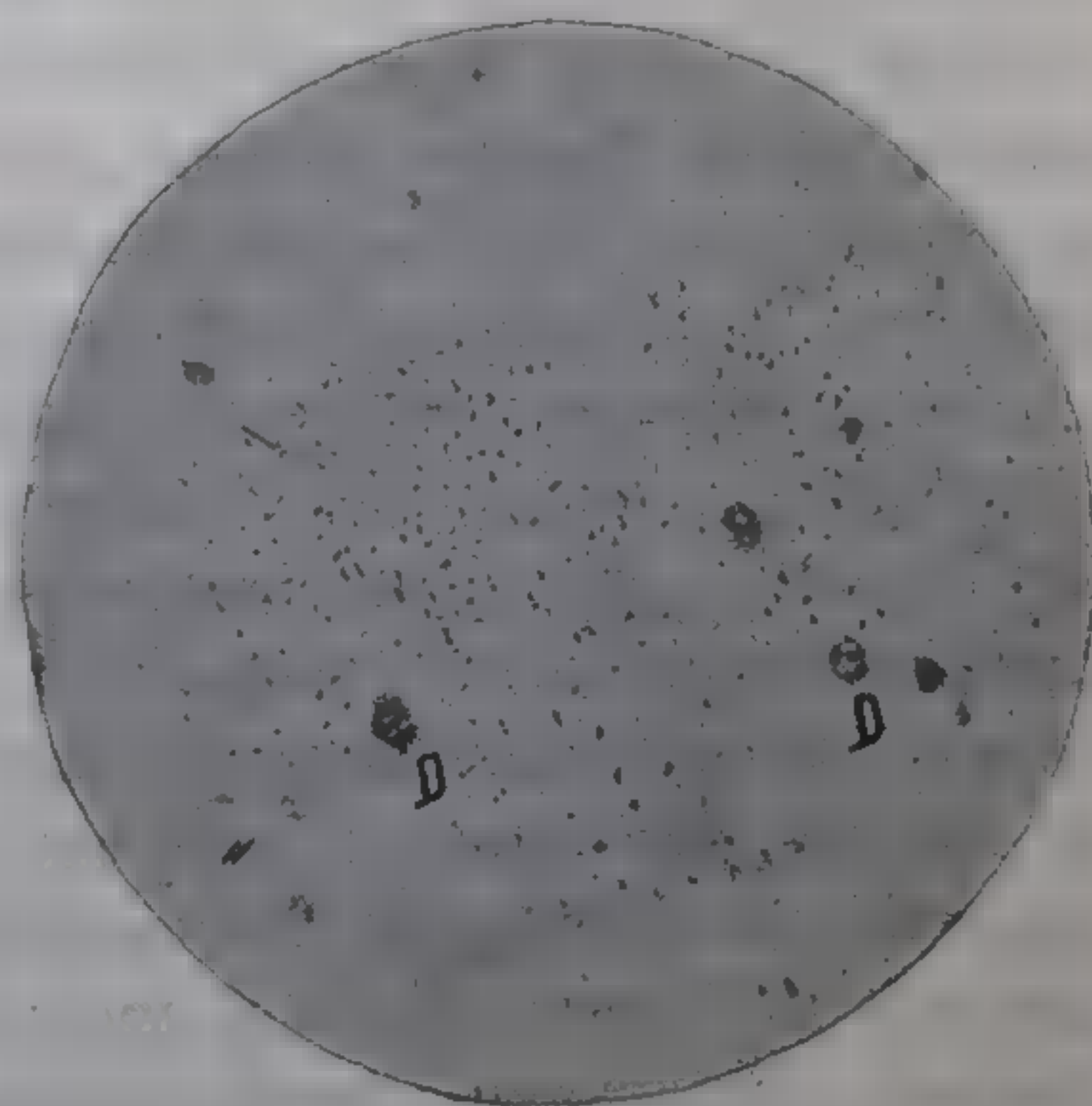
Течение старческого слабоумия хроническое, с обострениями и ремиссиями. Начало, как упоминалось, обычно незаметное, медленное, но иногда болезнь сразу начинается острой вспышкой, что нередко бывает связано с каким-нибудь соматическим заболеванием, реже с психогенным моментом. Нередко болезнь принимает стационарный характер в течение ряда лет, в других же случаях течение более бурное и разнообразное. Смерть наступает чаще всего от случайных соматических заболеваний (легочных, кишечных и пр.) или от старческого маразма. Иногда больные погибают во время состояния возбуждения от паралича сердца или же от мозговых кровоизлияний — в случаях, осложненных артериосклерозом.

Прогноз при старческом слабоумии, конечно, неблагоприятный, принимая во внимание прогрессивное течение и нарастающий общий физический и психический маразм.

Патологическая анатомия старческого слабоумия в настоящее время достаточно хорошо изучена и дает возможность точной посмертной установки диагноза и проверки клинических данных. Уже макроскопически можно констатировать изменения мозга: отмечается атрофия, уменьшение веса (по сравнению с мозгом нормальных стариков); эта атрофия чаще всего обнаруживается в коре лобных и височных долей. Несмотря на обычно наблюдаемую диффузность процесса, отмечаются нередко более сильно пораженные места (что клинически проявляется очаговыми симптомами). Далее,

макроскопическим
изменениям
гематом)
ная водян
похожие
кроскопич
но без
перерожде
и подкожн
ние фибро
Волокна,
падают
отмечают
жира. Но
для ста
своеобраз
шером
очажки —
ные др
они пред
микроскоп
более тем
стоящей
продуктов
светлой
несомненн
себя милли
сеянные
количеств
бенно их
видимому,
деменции
встречают
диагности
кого возра
Воспалите
Сосудисты
но отсутст
нечно, наб
изменения
Расс

макроскопически отмечается утолщение мягкой мозговой оболочки, изменения твердой (в виде ее сращения с черепной крышкой, иногда гематом), расширение желудочков, наружная и внутренняя головная водянка и, изредка, зернистый эпендемит (все явления, очень похожие на наблюдаемые при прогрессивном параличе). При микроскопическом исследовании обнаруживаются запустения в коре, но без резкого нарушения архитектоники. Отмечается жировое перерождение нервных клеток в коре (особенно в III и IV слоях) и подкорковых узлах; далее так наз. альцгеймеровское изменение фибрилл, выражающееся в их утолщении и склеивании. Волокна, особенно тангенциальные, атрофируются и частью распадаются; далее отмечается размножение глии; в ее клетках также отмечаются скопления капелек жира. Но особенно характерны для старческого слабоумия своеобразные открытые Фишером (Fischer) маленькие очажки — так наз. сенильные друзы (микрофот. 6); они представляют из себя под микроскопом круглые пятна с более темной сердцевиной, состоящей из аморфной массы продуктов распада и более светлой периферии. Друзы, несомненно, представляют из себя милиарные некрозы, рассеянные иногда в огромном количестве по всей коре (особенно их много в аммониевом рогу). К сосудам эти образования, по видимому, не имеют никакого отношения. Друзы, кроме старческой деменции (и ее разновидности болезни Альцгеймера), больше не встречаются ни при каких болезнях, и потому они имеют большое диагностическое значение. У нормальных стариков очень глубокого возраста они могут попадаться, но лишь в небольшом числе. Воспалительные явления при старческом слабоумии не наблюдаются. Сосудистые изменения — артериосклероз — могут почти совершенно отсутствовать, несмотря на глубокую старость, но часто, конечно, наблюдаются более или менее выраженные склеротические изменения, являющиеся осложнением сенильного процесса.



Микрофот. 6. Сенильные друзы (Д).
Окраска по Бьельшовскому. (Собст. набл.)

Распознавание. Наиболее затруднительным является в некоторых случаях распознавание от артериосклеротического

слабоумия, особенно если последнее протекает без грубых очаговых симптомов. Нужно иметь в виду, что артериосклероз свойственен все же менее глубокой старости; при нем нет столь полного изменения личности, как при старческом слабоумии. Артериосклерозу свойственна лакунарность симптомов, старческому же слабоумию—глобарность, зависящая от диффузных анатомических изменений. Инсульты, всякого рода припадки, конечно, также говорят за сосудистое поражение. Иногда приходится дифференцировать старческое слабоумие от прогрессивного паралича, о чем упоминалось в соответствующей главе (см. диагноз пр. паралича). Пресбиофреническая форма старческого слабоумия с ее амнестическим симптомо-комплексом может подать повод к смешению с корсаковским психозом, но последний развивается обычно не в столь позднем возрасте, бывает связан с полиневритом и выражается менее резким общим поражением психики. Более легкие ■ начальные формы старческого слабоумия приходится отграничивать от физиологической старости—это очень важно с точки зрения судебно-медицинской—при установлении опеки, признании правомочности субъекта при составлении завещания, при разных правонарушениях ■ пр. Наличие бредовых идей, дезориентировка в окружающем, конфабуляции, резкие расстройства памяти, делириозные состояния, конечно, решают вопрос; в менее выраженных случаях приходится устанавливать, насколько в состоянии данного субъекта отмечаются изменения личности сравнительно с прошлым и достигает ли имеющаяся налицо деградация такой степени, когда нарушаются взаимоотношения субъекта с окружающими и утрачивается его способность ориентировки в социальном пространстве.

Лечение старческого слабоумия сводится к поддержанию физических сил симптоматическими мероприятиями и к уходу; при возбуждении, бессоннице и пр. могут быть назначены с осторожностью ванны, а из лекарственных средств наиболее безопасным в этом возрасте нужно считать парaldeгид. Во время обострений, при наличии бреда и пр., а также в состоянии маразма, требующих тщательного ухода, показано помещение в психиатрические больницы. Более спокойные больные могут быть и в домашней обстановке под надзором врача в порядке диспансеризации или же в патронаже, если у больного нет ближайших родственников.

Сл. 7. Больная 73 л.—домашняя хозяйка. Наследственность—никаких особенностей.

По характеру всегда общительная, веселая, живая и впечатлительная. С годами стала черствей, упрямей, раздражительней и скупей.

Она
явила
Много
разбир
громко
вымыс
В
ства.
помест
дороге,
ложечк
снег в
она обо
Врем
бессвяз
напряже

Ати

1) С

фия.
же отн
к прогр
симпто
измене
ская ас
иногда
в други
и апрак
ность в
форма
мому, м
сенильн
розом.

2) Бо

пресенил
развитие
мами—а
дезориен
симпто
ры, резко
расстройс
ной реакци
ние и ма
этой

Около года тому назад она стала тревожна, весьма забывчива ■ рассеяна. Появилась бессонница, некоторое двигательное беспокойство, куда-то стремилась. Много ■ бессвязно говорила о том, что ее гонят, что ей нужно уехать. Перестала разбираться в окружающей обстановке и не ориентировалась во времени. Иногда громко плакала и кричала. Сделанное что-либо тотчас забывала и заполняла вымыслами.

В клинике она находится в состоянии растерянности и тревожного беспокойства. Суетлива, проделывает ряд беспорядочных движений. Утверждает, что ее поместили на корабль, запаковали в корзину ■ отправили багажом по железной дороге, ее кругом обокрали. Совершенно дезориентирована. Просит дать ей хоть ложечку творожку. Ест неряшливо. Очень внушаема. Быстро соглашается, что снег в этом году розовый, но с возмущением отвергает утверждение в том, что она обобрала свою приятельницу.

Временами сердита ■ раздражительна. Временами апатична и безучастна. Речь бессвязная. Очень дряхла и слаба. Глухие тоны сердца. Артерии жестки. Пульс напряженный и ускоренный. Кров. давл. $130/90$. Резкое сужение зрачков.

Атипические формы старческого слабоумия:

1) **Форма Пика (Pick)**—ограниченная сенильная атрофия. Пик описал случаи, которые, по его мнению, имеют такое же отношение к старческому слабоумию, как форма Лиссауэра к прогрессивному параличу. Эти случаи характеризуются очаговыми симптомами, связанными с преимущественно местными сенильными изменениями мозга. Обычно форме Пика свойственны амнестическая афазия и транскортикальная сенсорная афазия Вернике, иногда эхолалия — одним словом, так наз. синдром височных долей; в других случаях подобного рода отмечались также асимболические и апрактические расстройства. Таким образом, получается возможность в случаях Пика устанавливать локализацию процесса. Эта форма не совсем однообразна в том отношении, что, повидимому, мы имеем в одних случаях действительно лишь местные сенильные изменения, в других — комбинацию с артериосклерозом.

2) **Болезнь Альцгеймера.** Эта форма наблюдается обычно в пресенильном возрасте (50 — 60 лет) и характеризуется постепенным развитием чрезвычайно тяжелого слабоумия с очаговыми симптомами — афазией, асимболией, апраксией. Больные обычно апатичны, дезориентированы; в дальнейшем присоединяются грубые моторные симптомы: парезы черепных нервов, бульбарные явления, контрактуры, резкое дрожание в языке и руках, эпилептиформные припадки, расстройство походки, полный распад речи. В конечном стадии больной реагирует лишь на сильную боль, наступает полная апатия, отупение и маразм, похожий на паралитический. Прижизненный диагноз этой болезни представляет затруднения, особенно если принять во внимание, что она встречается редко. Наиболее важно распо-

знание от артериосклеротических форм, которые сопровождаются очаговыми симптомами; но при альцгеймеровской болезни не бывает апоплектических явлений; затем при этой болезни отсутствуют другие признаки артериосклероза. Атипичный паралич Лиссауэра может быть ограничен от этой формы благодаря серологическим реакциям. Анатомически болезнь Альцгеймера характеризуется теми же признаками, что ■ старческое слабоумие, т. е. жировым перерождением нервных клеток, сенильной атрофией мозга, альгеймеровским изменением фибрилий, наличием сенильных друз, разрастанием глии, особенно вокруг друз. Эти анатомические данные подтверждают принадлежность болезни Альцгеймера к старческому слабоумию. Однако болезни Альцгеймера свойственны более резкие анатомические изменения, что соответствует и более злокачественному клиническому течению. Чем объясняется развитие этой более тяжелой формы в пресенильном возрасте — остается пока совершенно невыясненным.

Артериосклеротические психические расстройства.

Заболевания сосудов мозга очень часто влекут за собой вторичные поражения нервной ткани, клинически выражающиеся в более или менее резких психических изменениях, связанных обычно с очаговыми симптомами.

Неодинаковое по интенсивности и времени развития проявление артериосклероза у разных субъектов указывает на то, что, помимо возраста, имеются другие моменты, способствующие данному заболеванию. Несомненно, наблюдаются семьи, в которых артериосклероз развивается особенно рано. Очевидно, здесь мы имеем дело с наследственно передаваемой слабостью сосудистой системы. Гораздо большее значение однако в развитии артериосклероза следует придавать экзогенным факторам. Сюда относятся разного рода отравления, из которых на первом месте, конечно, стоит алкоголь, а также табак, свинец и др. яды, частью действующие через нервный аппарат на сосудистый тонус, частью непосредственно на элементы сосудистых стенок. Регрессивные изменения сосудов, связанные с сифилисом, часто также дают явления почти идентичные (клинически и отчасти анатомически) с артериосклерозом. Усиленные телесные напряжения (неумеренный спорт, изнурительная работа) ускоряют наступление артериосклероза вследствие перенапряжения сосудистых стенок, связанного с резкими колебаниями тонуса. Эти же колебания тонуса, механически травмирующие сосудистые стенки, являются причиной раннего

■ резкого наступления артериосклероза при усиленной мозговой работе, при частых и резких эмоциональных колебаниях, связанных с тяжелыми переживаниями. Развитию артериосклероза, возможно, способствует еще ■ то обстоятельство, что при усиленной мозговой работе получается большое количество продуктов распада, которые, не успевая удаляться из пределов мозговой ткани, откладываются вокруг сосудов и, таким образом, механически, а может быть ■ химически, повреждают сосудистые стенки. Между прочим очень часто раннее и резкое развитие артериосклероза наблюдается при маниакально-депрессивном психозе и при травматическом неврозе. С другой стороны, можно считать доказанным, что некоторые профессии, связанные с усиленными физическими и психическими напряжениями ■ резкими эмоциональными переживаниями, способствуют развитию артериосклероза. То обстоятельство, что у женщин артериосклероз наблюдается значительно реже, чем у мужчин, объясняется меньшим их участием в профессиях, связанных с тяжелыми психическими и физическими напряжениями, а главное — меньшим злоупотреблением алкоголем и табаком. Артериосклероз не одинаково поражает различные отделы сосудистых систем: в одних случаях раньше начинается и преобладает склероз сосудов сердца, в других мозга, почек или же, наконец, склероз периферических сосудов. Преимущественное поражение тех или иных отделов, несомненно, зависит и от наследственной слабости данных участков и от функционального перенапряжения тех или иных органов у данного субъекта, т. е. от особенностей экзогенных факторов. При этом, конечно, осложнения в виде артериосклеротического заболевания различных органов так или иначе сказываются на общей картине психического расстройства. Этого мало, — даже при артериосклерозе мозга, который главным образом занимает здесь наше внимание, мы обычно имеем дело с неодинаковым поражением различных мозговых сосудов, что резко отражается на картине мозгового артериосклероза. В одних случаях имеется преимущественное поражение крупных сосудов, что вызывает грубые очаговые явления, в других, — главным образом, изменения мелких сосудов, дающие менее резкие, но часто более распространенные поражения и соответствующие им расстройства функций. Далее наблюдается в отдельных случаях склонность к преимущественному артериосклеротическому поражению отдельных участков мозга — коры, подкорковых узлов, что опять-таки отражается на особенностях клинической картины.

Симптоматология. Некоторые авторы различают легкие формы артериосклероза — состояния психической слабости — от

тяжелых форм, проявляющихся в глубоком слабоумии, апопектических инсультах, эпилептиформных припадках, различных тяжелых очаговых явлениях. Нужно, однако, сказать, что такое деление весьма условно; легкая форма может в дальнейшем перейти в тяжелую, тяжелая, напротив, может дать длительную ремиссию, симптомы легкой формы могут быть начальными явлениями тяжелой. Поэтому обособленное описание отдельных форм артериосклероза не может быть строго проведено.

Первым признаком начала мозгового артериосклероза обычно является некоторое ослабление психической работоспособности и памяти. Больной делается рассеянным, забывчивым, легко утомляется, становится мало продуктивным в работе, ненаходчивым; особенно это резко проявляется у больных, которые несли ответственную работу. Обычно они и сами сознают понижение своей активности и работоспособности, чувствуют себя больными, иногда тяжело переживают такую деградацию. При этом у них отмечается неустойчивость настроения, эмоциональная слабость, они плачут по пустякам или приходят в состояние недостаточно мотивированной веселости, становятся крайне раздражительными, вспыльчивыми, по ничтожному поводу приходят в состояние аффекта и т. п. Из физических симптомов в таких случаях особенно часто наблюдаются головные боли, головокружения, общая вялость и слабость, двигательная неловкость. Походка становится неуверенной, больной еле волочит ноги, ходит мелкими шагами. Далее наблюдается дрожание в руках и языке, неравномерная иннервация лица, неравномерность и вялая реакция зрачков. Наконец, ряд более грубых неврологических симптомов в случае определенных очаговых поражений. В некоторых случаях дело ограничивается вышеуказанными явлениями, и тогда мы имеем легкую или „нервную“ форму артериосклероза ¹⁾. При этом глубокого слабоумия не наступает, больные остаются ориентированными, корректно ведут себя и кажутся более соматическими, чем психическими больными. Но все же они постепенно и медленно деградируют, становятся совершенно неспособными, слабыми и беспомощными и обычно погибают от каких-либо случайных заболеваний, по отношению к которым артериосклеротика тем более невыносимы, что почти всегда у них имеются поражения сердца и других органов.

При тяжелой форме артериосклероза в картине болезни особенно важную роль приобретают припадки; обычно они проявляются в виде внезапно наступающего головокружения или об-

¹⁾ Случаи острого заболевания „нервной“ формой артериосклероза мозга после отравления германскими удушливыми газами описаны Серейским.

морoka; у больного становится темно в глазах, он падает, затем приходит в себя, причем обнаруживаются расстройство речи, слабость или онемение в конечностях и пр. При более резких припадках, носящих название апоплексии, больные падают ■ теряют сознание на несколько часов или дней; после такого удара у больных всегда обнаруживаются более стойкие ■ резкие очаговые явления в виде параличей, расстройства чувствительности, афазии, агнозии, апраксии и т. п. После припадка больные обычно в течение некоторого времени оглушены, спутаны, дезориентированы, иногда возбуждены. Такие припадки большей частью наступают ■ связи с теми или иными провоцирующими моментами, влияющими на мозговое кровообращение; особенно часто отмечаются: тяжелое напряжение, аффекты, переполнение желудка ■ запоры, половые излишества. Самый припадок наступает внезапно или после тех или иных предвестников (сердцебиение, шум в ушах, мерцание в глазах, головные боли и пр.). Первые припадки наблюдаются нередко после нескольких лет течения артериосклеротического заболевания, иногда же бывает, что болезнь как бы сразу дебютирует апоплексическим инсультом.

Наступающие после припадка очаговые явления частично постепенно сглаживаются, — восстанавливается речь, сходят на — нет параличи и пр. Часто, конечно, остаются в конце-концов стойкие параличи или парезы, но они все же захватывают менее обширные области, чем непосредственно после припадка. В психике после инсультов наблюдается значительное снижение. Нужно, однако, отметить, что и со стороны психической отмечается своеобразная лакунарность симптомов, неравномерность поражения: будучи довольно глубоко слабоумными, больные в то же время сохраняют некоторые навыки и знания. Вместе с тем и в психическом, как и в неврологическом, смысле наблюдаются колебания в интенсивности симптомов — ухудшения и улучшения; больные, как будто дошедшие до глубокой степени деградации, могут еще дать ремиссию; это доказывает, что в действительности еще в таких случаях не наступило стойкое и окончательное слабоумие.

Помимо снижения психических функций, при тяжелой форме артериосклероза развиваются нередко психические расстройства, имеющие характер обострения. Особенно часто наблюдаются состояния депрессии с бредом и иногда с эпизодическими галлюцинациями. Больные жалуются, что их ограбили, что они разорены, должны умереть с голода, что их арестуют, за ними следят и пр. Реже наблюдаются идеи величия. В некоторых случаях, таким образом, разворачивается более или менее выраженная параноид-

ная картина болезни; ■ частности параноидные депрессии у артериосклеротиков отличаются довольно злокачественным течением, быстро ведут к соматическому и психическому распаду. Далее, иногда развиваются состояния возбуждения с помрачением сознания, приступами страха; больные высказывают бессвязный бред, куда-то стремятся, много и бессвязно говорят, иногда же мало-подвижны, находятся в состоянии ступора с каталепсией ■ мутизмом. Картина болезни осложняется при этом разнообразными очаговыми симптомами — параличами, афазией, аграфией, апраксией и пр., в зависимости от местных поражений. Эти явления нередко затрудняют обследование больных ■ не дают возможности точно установить состояние их психики.

В тяжелых случаях артериосклероза особенно резко проявляются соматические расстройства: больные кажутся старше своих лет, кожа делается дряблой, морщинистой, грязновато-желтого цвета, мускулатура становится крайне вялой, мышечная сила резко понижается, легко развиваются пролежни; обычно констатируются явления резкого миокардита, нередко аневризмы аорты, склероз периферических сосудов; наблюдается повышение кровяного давления, частота пульса быстро увеличивается после ничтожных напряжений. Сон обычно расстраивается, иногда наблюдается бессонница, в других же случаях усиленная сонливость.

Артериосклероз мозга иногда выражается преимущественно в эпилептиморфных судорожных припадках и обмороках; это так называемая поздняя эпилепсия старых авторов, которая начинается после 50 лет и, конечно, ничего общего не имеет с генуинной эпилепсией. В начале припадки могут быть почти единственным симптомом мозгового артериосклероза, но постепенно присоединяются психические изменения в виде ослабления памяти, быстрой утомляемости, повышенной раздражительности, изменений настроения и др. описанных выше симптомов, обычных для мозгового артериосклероза; в конечном счете, наступают явления более или менее глубокого слабоумия.

Наиболее глубоких степеней слабоумие достигает при форме артериосклероза, описанной Бинсвангером (Binswanger), с преимущественным поражением белого вещества, с явлениями выпадения отдельных функций вследствие нарушения мозговых связей (афазия, психическая слепота, глухота, асимболия и пр.), с припадками. Эта форма имеет медленно прогрессирующее течение. Таким образом мы видим, что при артериосклерозе могут наблюдаться разнообразные симптомокомплексы — апопектические, эпилептиформные, параноидные, делириозные и, наконец, артерио-

склер
все Р
Те
к рез
(ухуд
ремис
медле
перио
сирую
Особе
пресс
рому
верше
гаться
инсули
не то
других

Пр
хотя
стацио

Пат
больш
отдель
макрос
атером

1) П
недавно
мы имее
среднего
гическим
вследств
утомляем
ном нас
стойки, с
в этих с
имеются
сказать,
ветствую
шизофре
шизофре
чественн
благоприя
необход

склеротическое слабоумие, до некоторой степени объединяющее все разновидности этой болезни ¹⁾).

Течение артериосклероза мозга хроническое, с склонностью к резким колебаниям интенсивности болезненных проявлений (ухудшения особенно в связи с инсультами, с одной стороны, и ремиссии — с другой). При этом в одних случаях наблюдается медленное, сравнительно благоприятное течение с длительными периодами стационарного состояния, в других — неуклонно прогрессирующее ухудшение, ведущее к глубокому слабоумию и маразму. Особенно бурное течение имеют некоторые случаи тяжелой депрессии, с беспокойством и расстройством сознания, ведущие к быстрому распаду и смерти. В последней стадии маразма больные совершенно беспомощны, неопрятны, апатичны, не могут передвигаться. Смерть наступает или от случайной болезни, или от нового инсульта. Продолжительность и тяжесть болезни зависят, конечно, не только от поражения мозга, но и от болезненного состояния других органов: сердца, почек и пр.

Прогноз при артериосклерозе мозга в общем неблагоприятен, хотя во многих случаях возможно рассчитывать на длительное стационарное течение.

Патологическая анатомия мозгового артериосклероза имеет большое значение для понимания самой сущности заболевания и отдельных его проявлений. При вскрытии артериосклеротиков макроскопически отмечаются поражения сосудов, в частности атероматоз аорты, иногда ее аневризмы, склероз венечных артерий;

¹⁾ Повидимому, близкое отношение к артериосклерозу мозга имеет описанная недавно П. Б. Ганнушкиным форма нажитой инвалидности. Здесь мы имеем дело с преждевременной изнашиваемостью нервной системы у людей среднего и даже молодого возраста на 3-м и 4-м десятке жизни. Главным этиологическим моментом является перенапряжение мозга, длительное переутомление, вследствие непосильно тяжелой и ответственной умственной работы. Быстрая утомляемость, ослабление памяти, потеря работоспособности при обычно подавленном настроении являются основными признаками при этой форме. Эти явления стойки, отдых не может вернуть утраченных психических сил. Предположительно в этих случаях мы имеем дело с ранним артериосклерозом, тем более что нередко имеются соответствующие изменения в периферических сосудах; нужно, однако, сказать, что сущность этой формы пока не вполне выяснена, так как нет еще соответствующего патологоанатомического материала. Эту форму нужно отличать от шизофрении, особенно от простой формы последней, на основании отсутствия шизофренических расщеплений, а также от простой неврастения с ее доброкачественным течением и исходом. Лечение нажитой инвалидности не дает достаточно благоприятных результатов, здесь больше, чем при какой-либо другой форме, ясна необходимость профилактических мероприятий, предупреждающих возможности преждевременной изнашиваемости мозга.

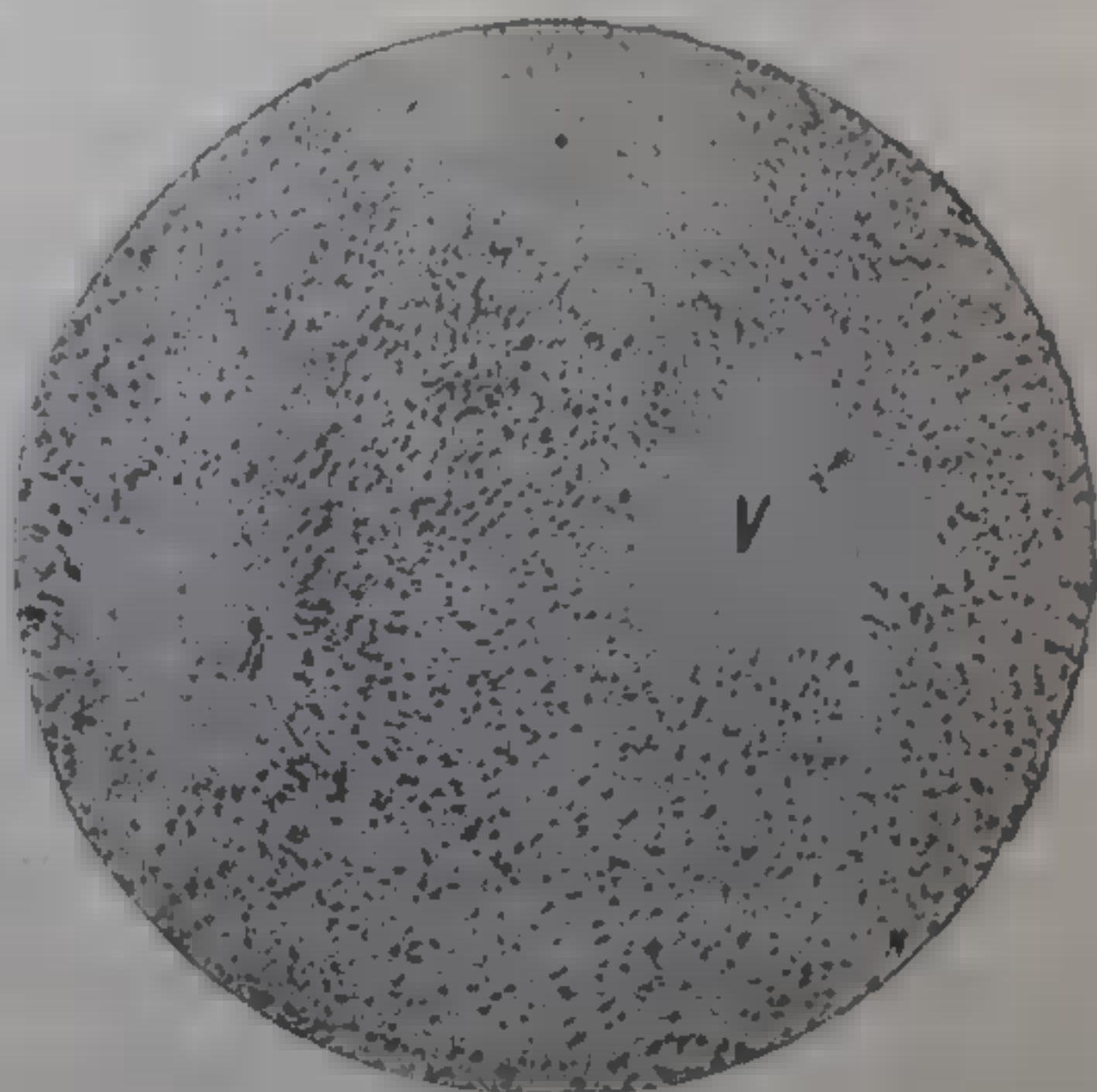
далее, миокардит, гипертрофия ■ расширение сердца, интерстициальный нефрит ■ пр. Отмечаются также склеротические изменения мозговых сосудов, фиброзное утолщение мягкой мозговой оболочки и часто размягчения ■ кровоизлияния в мозг. Но, конечно, лишь микроскопическое исследование дает полную картину процесса. При этом имеет значение, преобладает ли поражение крупных или мелких сосудов, имеются ли последствия разрыва сосудов (кровоизлияния), их закупорки (размягчения соответствующей области) или же лишь ослабление питания ткани. В последнем случае нет полного разрушения эктодермальной ткани, наблюдается лишь изменение нервных клеток, их жировое перерождение, склероз и иногда частичный распад отдельных элементов. Если сосуд настолько плохо обслуживает свою область, что соответствующие нервные клетки совершенно гибнут, то при наличии частичного кровоснабжения может не наступать полного разрушения данного участка и менее прихотливая глиозная ткань занимает место нервных элементов; так образуются очаги запустения, заметные лишь микроскопически в коре мозга. Кроме того, разрастание глии отмечается вокруг сосудов в виде так называемого периваскулярного глиоза. Нервные волокна также подвергаются полному или частичному разрушению, с разрастанием глии, образованием большого числа решетчатых клеток, захватывающих продукты распада.

Самые сосуды при артериосклерозе претерпевают следующие изменения: происходит утолщение их стенок за счет развития соединительной ткани, гиалиноз, жировое перерождение, отложения извести; в связи с уменьшением упругости стенок образуются мелкие аневризмы и разрывы; уменьшение просвета сосудов вследствие утолщения стенок является механическим препятствием для правильного кровоснабжения и может способствовать образованию тромбов. В отличие от сифилитических изменений сосудов, при артериосклерозе отмечается резкое преобладание регрессивных изменений, отсутствие эндартериитов, новообразования сосудов и их пакетов. В общем, следовательно, при артериосклерозе мы имеем схематически три ступени вторичных изменений мозговой ткани: 1) диффузное поражение мозгового вещества вследствие общего ослабления питания ткани измененными сосудами, 2) ограниченные очаги запустения вокруг сосудов более резко заболевших и 3) полное разрушение ткани, размягчение или кровоизлияние. Артериосклероз крупных сосудов, дающий крупные очаговые выпадения, представляет больше интереса с точки зрения невропатологии, чем психиатрии. При описанной выше форме Бинсвангера поражаются длинные сосуды, снаб-

жающие белое вещество, где и находят преимущественное поражение в этих случаях; в результате распада волокон получается сморщивание белого вещества. Форма Бинсвангера может считаться артериосклерозом средних сосудов и представляет уже гораздо больший интерес с психиатрической точки зрения; но особенно интересен в этом отношении артериосклероз мелких корковых сосудов, описанный Альцгеймером. При этой форме наблюдаются часто точечные кровоизлияния, микроскопически мелкие размягчения, а чаще всего мелкие запустения (микрофот. 7) и общее диффузное расстройство питания коры, что связано с тем обстоятельством, что при альцгеймеровской форме поражаются короткие сосуды, обслуживающие серое вещество полушарий. Эта форма лежит в основе общих артериосклеротических изменений психики с медленным постепенным течением, а также эпилептиформных явлений, обмороков и головокружений (при милиарных кровоизлияниях и размягчениях).

Распознавание мозгового артериосклероза иногда представляет значительные затруднения ввиду разнообразия свойственных ему симптомов. Особенно трудно распознавание от старческого слабоумия; в некоторых случаях разграничение этих болезней почти невозможно, так как нередко мы имеем смешанные формы — сенильно-артериосклеротические. Все же в большинстве случаев можно бывает поставить клинический диагноз на основаниях, приведенных выше (см. дифференциальный диагноз старческого слабоумия). В некоторых случаях приходится дифференцировать артериосклероз от прогрессивного паралича и сифилиса мозга (см. выше). От эпилепсии артериосклероз, протекающий с эпилептиформными припадками, отличается поздним началом, наличием отдельных очаговых симптомов, отсутствием эпилептических особенностей характера, более легкими внешними проявлениями припадков, иногда скорее похожих на обмороки и головокружения с нерезко выраженным двигательным компонентом.

Лечение и профилактика. Большое значение внешних факторов в происхождении артериосклероза мозга выдвигает на первый



Микрофот. 7. Запустения (V) в коре при артериосклерозе мелких сосудов. (Собств. набл.)

план профилактические меры, особенно уместные в пожилом возрасте. Алкоголь, табак, обильная мясная пища, физические и психические перенапряжения, переутомление являются важными внешними моментами, устранение которых имеет большое лично профилактическое значение. Молочная и овощная диета, а также забота о своевременном опорожнении кишечника имеют тем большее значение, что, повидимому, аутоинтоксикация из кишечника значительной мере способствует артериосклерозу. При уже развившемся артериосклерозе еще строже должны проводиться гигиенические и диететические мероприятия. Из лекарственных средств особенно часто назначают иодистые препараты (иодистый калий 0,5—3,0 в день), sajodin, jodipin и т. п. Углекислые ванны, улучшающие кожное кровообращение, теплые ножные ванны, отвлекающие кровь от мозговых сосудов, также приносят некоторую пользу. Умеренные прогулки, легкие гимнастические упражнения под строгим врачебным контролем показаны для укрепления сердечной деятельности. В случаях, протекающих с резким возбуждением, применяются ванны и постельное содержание. При бессоннице из соответствующих средств самыми безвредными для артериосклеротиков считаются парaldeгид и амиленгидрат.

Во время припадка, апопектического удара применяются холод на голову, пиявки для отвлечения крови и понижения кровяного давления, очищение кишечника и пр. В стадии маразма особенно важен тщательный уход, как и за всеми слабыми больными.

Сл. 8. Больной В., 61 г., бухгалтер. Отец больного умер 70 л., за 2 года перед смертью был разбит параличем. В остальном со стороны наследственности никаких резких особенностей.

Развитие в детстве правильное. Учился хорошо. Окончил коммерческое училище, после чего служил в разных торговых предприятиях и учреждениях. 30 лет женился. Имеет трех здоровых детей. По характеру всегда раздражительный, аккуратный, настойчивый. Алкоголь употреблял в умеренном количестве. 57 лет начал постепенно испытывать головные боли, с ощущением давления в голове. Крайне усилилась раздражительность, стал часто тосковать, сделался плаксив. Начала слабеть память. Забывал события прошлого дня. Стало трудно работать. Год тому назад за обедом почувствовал головокружение и упал со стула. Наблюдался легкий эпилептиформный припадок, после которого обозначилась невозможность владеть левой рукой и ногой.

Помещенный в клинику, он демонстрировал резкую потерю памяти текущих событий с удовлетворительным воспроизведением прошлого. Значительное расстройство счета и соображения. Тосклив, слабодушен и ипохондричен.

Со стороны физической левосторонний паралич с расстройством болевой, тактильной и термической чувствительности на пораженной стороне. Неравенство зрачков и вялая их реакция. Неравномерные сухожильные рефлексy. Симптом Бабинского и Оппенгейма слева. Глухие тоны расширенного сердца. Резкая жесткость сосудов. Кров. давл. 170/110.

Пресенильные психозы.

Название „пресенильный психоз“ указывает лишь на тот возраст (50—60 лет), когда преимущественно развивается данная болезнь. Пресенильный возраст сопровождается пертурбациями в организме, ■ частности изменениями функций желез внутренней секреции, что способствует ранимости психики и частоте психических расстройств в этом возрасте. Однако не всякое заболевание данного возраста должно считаться пресенильным. В эти годы, как уже упоминалось, нередко развивается артериосклероз, может наблюдаться болезнь Альцгеймера, но эти заболевания по существу не относятся к пресенильным; не относятся к ним, конечно, ■ другие психозы, приступы которых могут быть в пресенильном, как ■ в других возрастах (шизофрения, люэтические расстройства и т. д.). Таким образом пресенильными следует считать лишь психозы, связанные с аутоинтоксикационными процессами стареющего организма; причем фактически этого рода заболевания возможны и в более молодом возрасте (на 5-м и даже 4-м десятке) и в более старом (на 7-м и даже 8-м десятке), т. е. за пределами пресенильного возраста. В связи с более резкими пресенильными пертурбациями у женщин (климактерий), они гораздо чаще заболевают этого рода психозами сравнительно с мужчинами.

Наиболее распространенным пресенильным заболеванием является пресенильная или инволюционная меланхолия. Болезнь начинается иногда исподволь, без видимого повода, иногда сравнительно остро в связи с каким-либо неприятным переживанием (смерть близких, потеря службы и т. п.). Больные подавлены, боязливы, беспокойны, сознают свое болезненное состояние и даже его преувеличивают, высказывают бред греховности, самообвинения, преследования, обвиняют себя в разных преступлениях, боятся, что их убьют, расстреляют, говорят, что они уже умерли, сгнили, что они заражают всех окружающих и т. п. Несмотря на подавленное настроение, у таких больных не наблюдается психомоторного заторможения; они скорее суежливы, беспокойны, ажитированы. Вместе с тем у больных падает общее питание даже в том случае, если они не отказываются от пищи, они выглядят старше своих лет, видимо дряхлеют. Случаи с более выраженными бредовыми идеями, спутанностью и более тяжелым течением некоторыми авторами выделяются без достаточного основания, как депрессивное помешательство, которое просто представляет из себя более тяжелую форму инволюционной меланхолии. Меланхолия продол-

жается в течение нескольких месяцев, иногда лет, ■ большей частью оканчивается выздоровлением с дефектом; возможна смерть от истощения или случайных заболеваний, а ■ более благоприятных случаях наблюдается улучшение, которое практически может считаться выздоровлением. Некоторые авторы [Дрейфус (Dreyfuss)] считают, что пресенильная меланхолия есть просто проявление маниакально-депрессивного психоза с особенностями, зависящими от возраста. Действительно, пресенильная меланхолия похожа на депрессивный приступ маниакально-депрессивного психоза или скорее на смешанную его форму — так наз. ажитированную меланхолию. Однако, такое толкование неправильно по ряду оснований: 1) при пресенильной меланхолии не наблюдается такого определенного наследственного отягощения, как при маниакально-депрессивном психозе; 2) в картине болезни отсутствует заторможение, а главное — имеются черты деградации психики, выражающиеся в нелепом бреде, и соматическое одряхление; 3) при пресенильной меланхолии наблюдаются патолого-анатомические признаки деструкции мозгового вещества.

Следующая форма пресенильного психоза описана Гауппом (Gaupp) под названием **депрессивного климактерического возбуждения**; это заболевание, наблюдающееся у женщин, обычно оканчивается довольно глубоким слабоумием. Больные резко возбуждены, беспокойны, у них наблюдается аффект страха и тоски, устрашающие галлюцинации, бред преследования и величия.

В следующей группе случаев на первом плане в картине болезни негативизм, стереотипии, резкая недоступность в связи с аффектом страха и бредом. Эти случаи с кататоническими симптомами, так называемая **поздняя кататония** (Spätkatatonie), также дают исход в слабоумие; некоторыми авторами эта форма причисляется к шизофрении, что, однако, неправильно, так как все же здесь на первом плане аффективные, а не кататонические симптомы.

Далее, выделяется группа случаев, при которых на первом плане наблюдается возбуждение с нелепым бредом, напоминающим паралитический, с преходящими ступорозными состояниями и с исходом в глубокое слабоумие.

Более обособленное положение занимает **параноидная форма пресенильного психоза**, так называемый **пресенильный бред ущерба**. Это — больные без резких нарушений течения идей, сознательные, доступные, без галлюцинаций; они высказывают бред ревности или же преследования, нелепые ипохондрические идеи; настроение их обычно связано с бредом, причем больные недо-

верчивы
неспосо
этих бо
ориенти
ведет к д
Невр
вают ско
заболева
неправил
ских изм
Течен
и при ра
меланхоли
состояния
с более р
смертью
ческое теч
гноз при
шей остор
тическое с
онным мом
Распозна
прежде все
риосклер
очаговых с
возраста —
кой деграда
наблюдается
ний. Дифер
сивного п
сании инволь
Патологи
не может счи
деленно ска
томические
женные при
эктодермы —
ных и сосуди
возрасте осло
при пресе
к во

верчивы, боязливы; нелепость иногда фантастичных бредовых идей, неспособность относиться к ним критически очень характерна для этих больных, в общем корректных, с ясным сознанием, достаточно ориентированных в окружающем; болезнь протекает хронически и ведет к деградации, причем бред постепенно становится менее ярким.

Неврологические симптомы при пресенильных психозах не бывают сколько-нибудь определенно выражены, вследствие чего эти заболевания обычно считались функциональными, что, конечно, неправильно, имея в виду прогрессивность и наличие анатомических изменений.

Течение пресенильных психозов различно — в различных случаях и при разных формах. Как уже упоминалось, при пресенильной меланхолии возможны стойкие улучшения; наиболее неблагоприятны состояния возбуждения со спутанностью, повидимому, связанные с более резкой интоксикацией; эти случаи часто оканчиваются смертью или же дают глубокое слабоумие. Более вялое хроническое течение свойственно параноидной форме. В общем, прогноз при пресенильных заболеваниях нужно ставить с тем большей осторожностью, что при них обычно расстраивается и соматическое состояние, очевидно в связи с тем же аутоинтоксикационным моментом.

Распознавание пресенильных психозов приходится проводить прежде всего от других заболеваний пожилого возраста: от артериосклероза пресенильные психозы отличаются отсутствием очаговых симптомов, от старческого слабоумия, помимо возраста — менее выраженным изменением личности, не столь резкой деградацией, кроме того, при старческом слабоумии обычно наблюдается ряд неврологических симптомов и даже очаговых явлений. Дифференциального диагноза от маниакально-депрессивного психоза и шизофрении мы уже касались при описании инволюционной меланхолии и поздней кататонии.

Патологическая анатомия пресенильных психозов пока еще не может считаться достаточно разработанной; можно лишь определенно сказать, что при этих заболеваниях наблюдаются анатомические изменения нервной ткани, неодинаково резко выраженные при разных формах, но всегда сводящиеся к изменению эктодермы — нервных клеток и глии, при отсутствии воспалительных и сосудистых изменений (впрочем, возможны, конечно, в этом возрасте осложнения артериосклерозом). Наименее резки изменения при пресенильной меланхолии, возможно, что они даже способны к восстановлению. Наиболее тяжелы поражения при ажитированных формах.

Лечение. Следует обратить большое внимание на соматическое состояние, заботиться о питании больного; при возбуждении, бреде необходимо помещение в больницу, постельное содержание, ванны. Были попытки лечения препаратами желез (овариинном), которые в некоторых случаях дают хорошие результаты.

Сл. 9. Больная В., 48 лет, вдова, домашняя хозяйка, в клинике с 6/X 1924 г. по 24/II 1925 г. и с 3/IX 1925 по 19/I 1926 г. Отец общительный, веселый, мать обидчивая, злая, активная, назойливая, внушаемая; своими придирками и упреками довела своего зятя до того, что тот в пьяном виде убил ее; брат — странник по святым местам, сестра злая, сварливая. Больная развивалась нормально. По характеру это была тихая, скромная женщина, фантазерка, уступчивая, если это касалось ее собственных интересов, непреклонная и неумолимая, если это касалось интересов близких ей людей. С людьми сходилась с трудом, но если привязывалась к кому, то привязанность носила болезненный характер. Была замужем, овдовела, имела дочь. В 1923 г. дочь вышла замуж за своего товарища по рабфаку и переехала с матерью на квартиру мужа. Из-за кухонных дразг квартирная хозяйка стала всячески преследовать и мать и дочь. Она стала в присутствии больной и также дочери трубить, что она жила и теперь продолжает жить с мужем дочери, что она прижила с ним ребенка, что ее руках власть расторгнуть этот брак или сохранить его. Эти сцены на больную производили гораздо больше впечатления, чем на дочь. Она решила, что дочь обманута мужем, стала жертвой интриги, служит ширмой для прикрытия преступной связи. Она потребовала от дочери развода с мужем, от зятя разрыва или с женой, или с любовницей, не давала им ни минуты покоя, устраивала им сцены. В доме были сплошные споры, плач, истерики; дочь, выходя из себя, избивала мать. Больная очень волновалась, плохо спала, ничего не могла делать. Еще за некоторое время до замужества дочери окружающие стали замечать, что больная переменилась, стала чересчур настойчивой и требовательной, раздражительной и несдержанной, тревожной и суетливой, забывала то одно, то другое дело, с трудом стала производить элементарный счет по хозяйству, часто плакала. В клинике больная крайне тревожна, с большим волнением говорит о своем деле, не знает, как ей быть, как спасти свою дочь. Быстро переходит из одного состояния к другому, то сердито ходит по отделению, то придирается к больным, к персоналу, ей кажется, что в клинике к ней плохо относятся: нарочно дают ей старое грязное белье, плохую постель, тут же отходит, улыбается, сама себя бранит. Наилучшим выходом из положения ей кажется убийство зятя или же самоубийство, иногда же она склонна к примирению с зятем. Со стороны соматики: выглядит старше своих лет, зрачки неправильной формы, вяловато реагируют; артерии жестки, тоны сердца глуховаты, кровяное давление 140/110; расстройство памяти и счета; менструации с 1923 г. отсутствуют. По выписке из клиники больная некоторое время гостила у сестры в Сибири; вернувшись в Москву, она стала жить отдельно от дочери, подыскала себе заработок, старалась не встречаться с зятем. Продолжала тревожиться, плохо спала, постоянно мучительно раздумывала над тем, как ей быть, суетилась. Стали беспокоить вопросы материального характера, как она проживает, хватит ли у нее сил работать.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

ЭПИЛЕПСИЯ.

Хотя эпилепсия известна со времен глубокой древности, однако и до сих пор не только патогенез, но ■ самый объем понятия об этой болезни представляется далеко невыясненным. Эпилепсия, падучая болезнь, свое название получила от судорожных припадков. Эти припадки настолько ярки, производят такое впечатление на окружающих, что, казалось бы, ими достаточно определяется данное заболевание. Однако в действительности положение дела гораздо более сложно. Клинические наблюдения показали: 1) что бывает эпилепсия с чрезвычайно редкими судорожными припадками или же даже с полным их отсутствием и 2) что судорожные припадки, по внешности ничем не отличающиеся от эпилептических, могут наблюдаться при самых разнообразных психических заболеваниях, связанных с неэпилептическим поражением мозга: при прогрессивном параличе, сифилисе мозга, артериосклерозе, травмах ■ опухолях мозга, при различных отравлениях и т. д. Таким образом, несомненно, что судорожный припадок — очень распространенный симптом в патологии мозга, он не является признаком какой-либо определенной болезни, а лишь следствием раздражения тех или иных участков мозга, раздражения, которое может быть вызвано различными болезненными моментами; правда, при эпилепсии чаще всего создаются условия для возникновения припадков, но это обстоятельство само по себе не может быть достаточным опорным пунктом для определения понятия об эпилепсии. Возможность эпилептиформных, т. е. похожих на эпилептические, припадков при разных болезнях делает необходимым выделение из общей массы сопровождающихся припадками психических расстройств так наз. г е н у и н н о й э п и л е п с и и; объем понятия об этой форме, которая исключительно и будет рассматриваться в этой главе, определяется двумя рядами фактов: 1) отсутствием при г е н у и н н о й э п и л е п с и и симптомов, свойственных другим болезням, могущим сопровождаться припадками, и 2) наличием, помимо припадков, других симптомов, характерных

для эпилепсии. Таким образом группа случаев, объединяемых под названием генуинной эпилепсии, представляет болезненную форму, хотя еще недостаточно точно очерченную, но все же до известной степени определенную в своих проявлениях и биологических компонентах.

Симптоматология. При эпилепсии наблюдаются многочисленные расстройства нервной системы и всего организма. Припадки, острые и хронические изменения психики, разнообразные неврологические, соматические и биохимические явления делают симптоматику этой болезни очень сложной. Мы начнем изложение с судорожного припадка, как наиболее яркого проявления эпилепсии.

Судорожный припадок. Эпилептические припадки представляют настолько резкое явление, что их частота и сила служат для окружающих мерилom тяжести заболевания и самое начало болезни связывается с первым припадком. Хотя это мнение не для всех случаев вполне правильно, но все же в общем действительно припадки представляют очень важный и тяжелый симптом эпилепсии. Наступлению припадков могут предшествовать предвестники в виде головных болей, раздражительности, недомогания, сердцебиения, плохого сна; в таких случаях больные наперед за несколько часов знают, что у них будет припадок. В большинстве случаев, однако, припадки наступают неожиданно для самого больного. Только непосредственно перед самым припадком, т. е. до начала судорожных симптомов и полной потери сознания, могут быть явления, объединяемые под общим названием *аура*, которая, однако, представляет из себя не предвестник припадка, а его начало. В некоторых случаях не бывает ни предвестников, ни ауры и припадки наступают совершенно внезапно. Аура бывает разнообразна по содержанию: 1) *сенсорная аура* выражается в болях, неприятных ощущениях в разных частях тела, галлюцинациях; особенно часты световые элементарные обманы чувств (пламя, пожар, искры) или фотомы — неоформленные световые ощущения; 2) *вегетативная аура* выражается вазомоторными и секреторными расстройствами; 3) *моторная аура* выражается в различных двигательных проявлениях: одни больные бросаются бежать, прежде чем упасть в припадке, другие кружатся на месте, третьи выкрикивают отдельные слова и фразы; иногда бывают односторонние моторные ауры, в виде движений в одной руке и пр.; 4) *психическая аура* чаще всего выражается аффектами страха, более или менее сложными галлюцинаторными явлениями и пр. Нередко наблюдаются комбинации разных упомянутых выше форм ауры. Аура продолжается недолго — несколько секунд, иногда минут.

После ауры (или без нее) наступает самый припадок, который выражается прежде всего ■ потере сознания и расслаблении мускулатуры тела, вследствие чего нарушается статика и больной падает. Чаще всего бывает падение вперед, реже назад ■ еще реже в стороны. Вслед за первоначальным расслаблением мускулатуры наступает следующая фаза припадков, характеризующаяся тоническими судорогами и продолжающаяся в течение 20 — 30 секунд; при этом помимо общего напряжения мускулатуры отмечается цианоз, повышение кровяного давления, учащение пульса. После тонических наступают клонические судороги, которые сначала проявляются в виде беспорядочных отдельных движений, а затем, все усиливаясь, дают более резкие и равномерные сгибания и разгибания конечностей. При этом голова бывает оттянута назад или в сторону и судорожно подергивается. Клонические судороги отмечаются и в лицевой мускулатуре; в глазных яблоках заметны бывают нистагмодные и вращательные

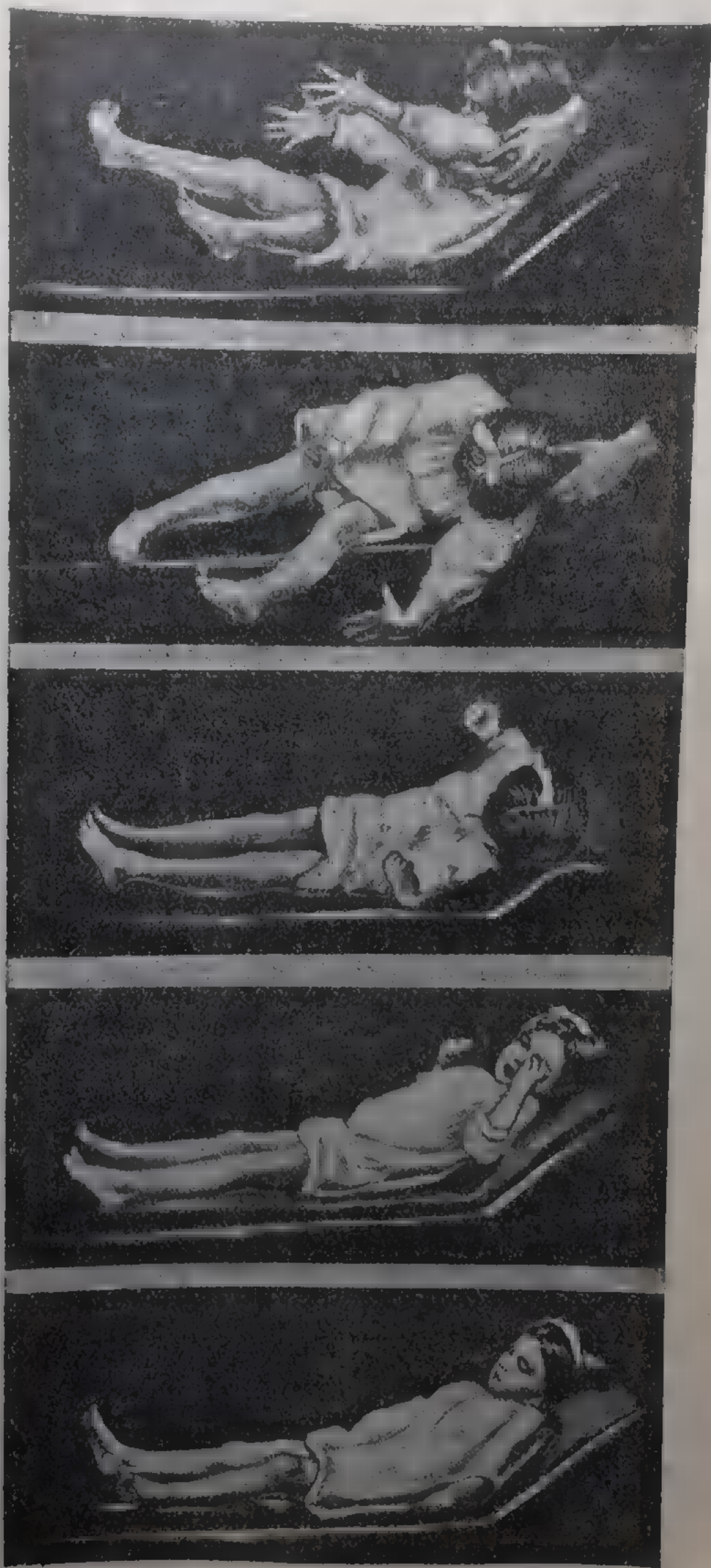


Рис. 18. Отдельные моменты судорожного припадка при эпилепсии (по Крепелину).

движения, нередко глаза бывают резко повернуты ■ одну сторону. Судорожные движения челюстей являются причиной прикусывания языка, столь обычного во время припадков. Больной издает нечленораздельные звуки в виде стона ■ какого-то клокотания, что зависит от судорожного сокращения мышц гортани и смежных частей. Происходит далее непроизвольное мочеиспускание, ■ иногда ■ дефекация. Сухожильные и кожные рефлексы обычно не вызываются. Зрачки широки и неподвижны, но иногда дают как бы судорожные колебания. Вследствие повышения выделения слюны появляется пена у рта, часто окрашенная кровью, что зависит от прикусывания языка. Пульс и дыхание резко учащаются, повышается температура, повышается кровяное давление. Затем судороги постепенно ослабевают, наступает расслабление мускулатуры, дыхание становится спокойным, пульс замедляется. Эта фаза расслабления заканчивает припадок; сознание восстанавливается, сразу или же постепенно; в последнем случае больной, находясь ■ затемненном сознании, не ориентируется в окружающем, иногда проявляет бессмысленное беспокойство, совершает нападения, стремится бежать и т. п. Довольно часто после припадков отмечаются подергивания в отдельных мускулах, дрожание, понижение рефлексов, расстройство речи: больной не может вспомнить отдельных слов и поэтому говорит с трудом (так наз. олигофазия). Обычны также после припадков усиленное потение, сильные головные боли, а главное—общая усталость, разбитость, вследствие чего больной, как правило, засыпает после припадков на несколько часов, и когда просыпается, то ничего о припадке не помнит. Иногда после сильных припадков больной в течение нескольких дней чувствует недомогание, разбитость, головные боли и пр. В начале припадков больной может сильно разбиться, упасть лицом в огонь, ■ воду, во время самого припадков он также может нанести себе повреждения, если находится без надзора. Судорожные припадки иногда наблюдаются один за другим — так называемый *status epilepticus*. Описанные выше типичные явления при судорожных припадках не всегда бывают одинаково выражены. Так в некоторых случаях судорожные явления не сопровождаются полной потерей сознания, в других, наоборот, при потере сознания больной падает, но судорог не наступает или же они ограничиваются незначительными подергиваниями; таким образом припадок становится больше похожим на обморок, тем более что не наблюдается также прикусывания языка, пены у рта, непроизвольного мочеиспускания и пр.; наконец, припадок может ограничиться как бы одной аурой (моторной, сенсорной и пр.) и носит совершенно abortивный характер.

Особую своеобразную форму припадка представляет из себя так называемый малый припадок — *petit mal*. Это кратковременный припадок, продолжающийся несколько секунд и характеризующийся затемнением сознания при отсутствии двигательных расстройств — не только судорог, но ■ нарушений статики: больные внезапно как бы останавливаются, несколько мгновений „отсутствуют“, оставаясь неподвижно в том положении, в каком их застал припадок, как бы застывают, затем сразу приходят в себя и продолжают прерванную работу или разговор. Сами больные могут лишь отметить, что у них внезапно темнеет в глазах.

Изучение формы припадков, особенно начальных его проявлений, ■ частности ауры, имеет большое значение в том отношении, что соответствующие особенности связаны с локализацией процесса, с тем местом, из которого исходит волна раздражения, вызывающего припадок, в дальнейшем генерализированный. То обстоятельство, что эпилептические припадки часто развиваются неравномерно и наблюдается преимущественное участие одной стороны тела, уже давно было известно и указывает, что в этих случаях имеется преимущественное поражение того или другого полушария (конечно, противоположного). Для человека можно считать уже давно доказанным, что эпилептические припадки исходят от коры. Впрочем и подкорковые центры принимают участие в механизме припадков. То обстоятельство, что в разных случаях припадки бывают различны по внешним проявлениям, особенно вначале, и что у каждого данного эпилептика эти проявления стереотипно повторяются, дает право предполагать, что в разных случаях мы имеем различные участки коры, являющиеся местом происхождения припадка. Ферстер убедился в этом на основании непосредственного изучения мозга больных во время операций и установил, что вид и течение припадка зависят от места поражения, от определенного поля коры, являющегося исходным пунктом заболевания.

Таким образом при эпилептических припадках получается неадекватная эксплозивная реакция отдельных центров, которая затем дает иррадиацию на другие центры. Сущность же припадка, повидимому, связана с гемодинамическими факторами. Ферстер непосредственно наблюдал сужение сосудов, а затем резкое их расширение и венозный стаз в соответствующих местах коры, что для него и служило одним из способов определения места, откуда начинается припадок. Отсюда следует, что симпатико-эктомия с ее дилатационным эффектом, а также лекарственные средства, как нитроглицерин и пр., могут быть показаны как средства против

припадка. Ишемия, связанная с сужением сосудов по Шпильмейеру, имеет результатом поражение нервной ткани.

Психические изменения при эпилепсии. Помимо судорожных припадков, выражающихся, как мы видели, в ряде явлений соматических и психических, эпилепсии свойственны болезненные проявления с преобладанием расстройств со стороны психики. Психические изменения при эпилепсии проявляются: 1) в виде острых расстройств и 2) в виде хронических изменений психики, ведущих к эпилептическому слабоумию.

Острые психические эпилептические расстройства довольно разнообразны. Мы уже отчасти упоминали, что в начале или после припадка иногда наблюдаются психические изменения с неясным сознанием, галлюцинациями, изменениями настроения и пр. Такие кратковременные психические расстройства не всегда бывают связаны с припадками, они могут развиваться и самостоятельно, образуя так называемые психические эквиваленты припадков. Этим названием подчеркивается известное сходство таких психических изменений с судорожными припадками, заключающееся в их внезапном, неожиданном начале, столь же внезапном конце и сравнительно кратковременном течении (обыкновенно несколько часов, редко дней). В некоторых случаях, однако, такие психические изменения бывают более длительны, могут тянуться днями и неделями и разворачиваются как бы в острый психоз, обладающий, однако, характерными чертами, свойственными кратковременным расстройствам типа эквивалентов (внезапное начало и конец, особенности симптоматики). Между такими кратковременными и более длительными острыми психическими эпилептическими расстройствами имеются всевозможные переходы, указывающие на отсутствие принципиального различия между ними. Независимо от длительности течения, эпилептические психические расстройства могут различаться по своим внешним проявлениям. В этом отношении подлежат выделению следующие формы:

1) *Изменения настроения* — очень частое явление у эпилептиков; характерно припадочное внезапное начало и конец, эндогенное появление без всякого внешнего повода; расстройство продолжается обычно несколько дней, иногда ограничивается одним днем; довольно часто окружающие отмечают у больных — „хорошие“ и „плохие“ дни, в зависимости от изменения настроения. Большей частью настроение бывает неприятное: больные раздражительны, мрачны, пристают с разными просьбами и жалобами, иногда испытывают беспричинный страх; таким состояниям свойственна особая напряженность. Реже наблюдается повышенное настроение, но

оно обычно лишено радостного характера и также связано с напряженностью; при повышенном настроении обычно не бывает скачки идей ■ отвлекаемости, сохраняются свойственные эпилептикам медленность, неуклюжесть и вязкость психических процессов. Иногда повышенное настроение носит характер экстаза и бывает связано с религиозным подъемом, довольно частым у эпилептиков. В некоторых случаях при изменениях настроения наблюдаются эпизодические галлюцинации: зрительные, слуховые и обонятельные, часто эти состояния комбинируются с затемнениями сознания, представляя переход к следующей форме эпилептических психических расстройств.

2) *Сумеречные состояния сознания* — самое частое из психических расстройств у эпилептиков. Во время таких состояний больные сохраняют способность двигаться и действовать, но восприятия окружающего совершаются неясно, больные дезориентированы, связность мышления нарушается и больной не в состоянии правильно оценивать окружающее, вследствие этого психические процессы протекают без надлежащей связи и последовательности, поступки совершаются без достаточной мотивировки. Такие состояния еще более осложняются изменениями настроения, то подавленного, то близкого к экстазу, аффектами страха, галлюцинациями (часто устрашающего характера) и бредовыми идеями. Понятно, что все поведение больного во время сумеречного состояния принимает болезненно неправильный характер, часто опасный для них самих и для окружающих: они совершают нападения, убийства, поджоги, выбрасываются из окна и т. п. Сумеречные состояния начинаются внезапно, без видимых внешних причин и обычно внезапно заканчиваются; при таких состояниях отмечаются и физические симптомы: повышение сухожильных рефлексов, расширение зрачков и вялая их реакция, замедленная, неясная речь, головокружение, шаткая походка, повышенная потливость, слюноотделение и пр. Продолжительность сумеречных состояний очень различна — от нескольких часов, дней до нескольких недель и в исключительных случаях месяцев. Очень важным является то обстоятельство, что больные, выйдя из такого состояния, не помнят, что с ними было. Амнезия бывает полная или частичная, что в известной степени может служить мерилем глубины перенесенного расстройства сознания. Клинически наблюдаются разнообразные формы сумеречных состояний сознания; их группировка имеет условное значение, так как бывают переходные и смешанные формы, причем, однако, для отдельных больных чрезвычайно характерно стереотипное повторение очень похожих по проявлениям сумеречных

состояний. Остановимся на некоторых клинических формах этих расстройств:

А) Снохождение или сомнамбулизм чаще бывает у детей и подростков. Больные встают ночью, ходят по комнатам, передвигают вещи, закрывают ■ открывают двери, вылезают в окно, взбираются на крышу ■ т. д. При этом восприятие внешнего мира очень недостаточное и, вероятно, извращенное, движения носят автоматический характер. Обыкновенно больные после нескольких минут, реже часов, снохождения сами укладываются в кровать или же где-нибудь на полу и засыпают. На другой день никакого воспоминания о снохождении не остается.

Б) Сновидные состояния—очень частая форма расстройства сознания. Больные имеют растерянный, несколько оглушенный вид, неясно воспринимают окружающее, не узнают близких, иногда куда-то стремятся, выскакивают в окно, выбегают на улицу, совершают бессмысленные поступки: разрезают на куски одежду, зажигают костер среди комнаты, бегают без одежды по улицам, открыто мастурбируют и т. п.

В) Делириозная спутанность характеризуется яркими галлюцинациями и бредом. Больные видят огонь, пожар, святых, дьявола, им кажется, что они находятся на небесах или же в аду; они слышат голоса, музыку, пальбу из орудий, слышат запах ладана, серы и т. п. Вообще у эпилептиков галлюцинации и бред носят часто религиозный характер. Они считают себя святыми, пророками, подолгу молятся в состоянии экстаза. Очень часто наблюдаются аффекты страха, гнева; больным кажется, что их преследуют, собираются сжечь, похоронить заживо и т. п. Больные в таком состоянии очень опасны, производят нападения, совершают жестокие убийства, вырезают целые семьи. В некоторых случаях сознание бывает менее глубоко затемнено, и эпилептик, хотя не ясно ориентирован, но все же кое-как отвечает на вопросы и на первый взгляд не проявляет заметной спутанности; вместе с тем он высказывает, однако, бредовые идеи величия и преследования. Такие формы напоминают остро паранойальный синдром (эпилептический паранойд). Иногда, наоборот, на первом плане резкая оглушенность: больные совершенно не отвечают на вопросы, не реагируют на окружающее, сравнительно спокойны; при этом удается убедиться, что у больных имеются галлюцинации и бредовые идеи; это — состояние так наз. эпилептического ступора.

Г) Наконец, следует отметить интересную форму сумеречного состояния, когда больные при поверхностном наблюдении кажутся

близкими к норме. Они имеют лишь рассеянный вид, плохо воспринимают окружающее и совершают странные поступки. Особенно характерно, что в таком состоянии больные иногда совершают длительные путешествия; это доказывает, что они могут ориентироваться в ближайшей обстановке, могут покупать билеты, садиться в поезд, питаться в дороге, не обращая на себя особого внимания окружающих. Классический пример Легран Дюсоля (Legrand du Saul): больной из Парижа приехал в Бомбей и, очнувшись только там, был удивлен, как и почему он туда попал. Во время таких состояний у больных обычны изменения настроения и бредовые идеи, которыми и определяется их поведение во время таких трансов. Очнувшись где-либо вдали от дома, они обычно не дают себе отчета в том, что с ними случилось, и сохраняют недостаточные воспоминания о происшедшем (более или менее выраженная амнезия).

Помимо указанных выше эквивалентов особого упоминания заслуживает своеобразное состояние, развивающееся в связи с эпилепсией и носящее название дипсомании. Эта форма характеризуется неудержимым, периодически наступающим влечением к алкоголю в виде запоя, который (как и другие эпилептические расстройства) начинается внезапно, без всякого внешнего повода и так же внезапно обрывается, причем наблюдаются изменения настроения. В промежутках между приступами больные обычно питают даже отвращение к алкоголю. Наряду с дипсоманией у больных наблюдаются и иного характера эпилептические расстройства, особенно сумеречные состояния. Нужно, впрочем, иметь в виду, что приступы запоя возможны и не на эпилептической почве (особенно у некоторых психопатов — одержимых влечениями) и что, следовательно, понятие о дипсомании неоднородно.

Некоторые авторы высказывались, что и мигрень представляет из себя своеобразный эпилептический эквивалент, тем более, что она нередко сопровождается сумеречными состояниями сознания, но принадлежность мигрени к эпилепсии следует отвергнуть, так как мигрень не ведет к психической деградации, не поддается бромистому лечению и пр.

Хронические изменения психики при эпилепсии представляются чрезвычайно характерными для этой болезни. Эти изменения, являясь следствием эпилептического процесса, складываются в своеобразное слабоумие, постепенную психическую деградацию с определенными характерными признаками. Эпилептической психике свойственны медлительность, тугопо-

движность мысли, отсутствие гибкости; интеллект и память постепенно ослабевают, круг интересов суживается, сообразительность уменьшается. Эпилептику свойственна особая вязкость мыслей, неспособность перехода от одной темы к другой, топтание на месте (*Haftenbleiben*): больной путается в деталях, несущественных подробностях, не может выйти из узкого круга своих переживаний. Ограниченности эпилептиков соответствует преувеличенная обстоятельность, мелочная аккуратность. Настроение часто подавленное; они обычно недоверчивы, раздражительны, крайне эгоистичны, любят жаловаться на обиды и притеснения со стороны окружающих. Сознание своей тяжелой болезни, заботы о здоровье при сужении общего круга представлений и склонности топтаться на месте способствуют развитию крайнего эгоцентризма. Забота о себе, о своих вещах, мелочная скупость — все это в крайне подчеркнутом виде очень характерные свойства эпилептического характера. Вместе с тем эпилептикам свойственна склонность к ханжеству, мистицизму, подчеркнутая религиозность. Эти особенности связаны частью с ограниченностью, частью с тем обстоятельством, что припадки с их роковой неизбежностью создают у больных представление о какой-то зависимости от внешней силы, об одержимости; наконец, яркие световые галлюцинации, свойственные эпилептикам и нередко связанные с болезненным состоянием экстаза, еще более способствуют мистическому настроению больных. Эпилептики играли значительную роль в истории религии, не даром самая болезнь называлась священной — *morbus sacer*.

Эпилептическое слабоумие в некоторых случаях достигает очень резких степеней, когда больные совершенно беспомощны, находятся в состоянии маразма, делаются тупыми, апатичными. В других случаях, напротив, эпилептические изменения характера слабо выражены, больные в общем ведут себя правильно, могут работать, причем медленность и пониженная сообразительность до некоторой степени компенсируются обстоятельностью и аккуратностью, свойственными этим больным. По отношению к окружающим у эпилептиков можно отметить определенную полярность между льстивостью, низкопоклонством и крайней жестокостью. Эти больные способны унижаться из-за пустяков и из-за таких же пустяков могут убить или изувечить. Обычно раздражительные, они склонны к резким аффектам, которые носят часто патологический характер, сопровождаясь затемнением сознания и последующей амнезией.

Соматические симптомы. Эпилепсия характеризуется целым рядом особенностей со стороны соматической и неврологической. Строение тела большей частью атлетическое или диспластическое;

нередки
эпилепти
люб, силь
ный рост
Далее у
жание мо
повышенн
тонная ре
ноязычие)
неловки, н
что больн
ной может
стью, с одн
Течение
нем возрас
навливаясь
жизни боль
стве, болез
рез несколь
периоде. В
сте до 10 ле
включает ра
petit mal и
почти исклю
падки). В об
жет служить
мненно и слу
нередко могу
и повести к г
торых случая
только днем, в
падками иногд
гда даже лет)
раз в день. Ин
пределении при
жутки времени
также влияния
интоксикация, и
стояние пере
чение др
ние

нередки явления общего недоразвития, инфантилизм. Вместе с тем эпилептикам свойственны: плоский широкий череп, узкий, низкий лоб, сильное развитие скулы и нижней челюсти, дряблая кожа, скудный рост бороды у мужчин при очень густых волосах на голове. Далее у эпилептиков часто встречается левшество, ночное недержание мочи, дрожание языка и пальцах рук, широкие зрачки, повышенные сухожильные рефлексy, медленная, неясная монотонная речь, часто с дефектами произношения (шепелявость, косноязычие). Походка обычно медленная, неуверенная, все движения неловки, неуклюжи; при маразме походка настолько расстраивается, что больные могут лишь ползать. Вообще со стороны двигательной может быть отмечена известная полярность между медленностью, с одной стороны, и эксплозивностью — с другой (Гуревич).

Течение эпилепсии хроническое; она начинается обычно в раннем возрасте, часто в 1—3 года, при этом болезнь нередко устанавливается с самого начала и непрерывно продолжается до конца жизни больного; иногда же, после ряда припадков в раннем детстве, болезнь как будто затихает, чтобы снова появиться через несколько лет; часто припадки возобновляются в пубертатном периоде. В общем большинство эпилептиков заболевает в возрасте до 10 лет. Картина болезни у одних больных разнообразна, включает разные явления: судорожные припадки, эквиваленты, *petit mal* и пр., у других — однообразна, причем наблюдаются почти исключительно лишь некоторые симптомы (например, припадки). В общем наличность припадков до некоторой степени может служить мерилom тяжести эпилепсии, но не абсолютно; несомненно и случаи, протекающие без судорожных припадков, также нередко могут сопровождаться тяжелой психической деградацией и повести к глубокому слабоумию. Судорожные припадки в некоторых случаях бывают почти исключительно ночью, в других — только днем, в третьих — и днем и ночью. Промежутки между припадками иногда длительны (через несколько недель, месяцев, иногда даже лет), в других же случаях ежедневно и по нескольку раз в день. Иногда наблюдается известная равномерность в распределении припадков, но чаще они бывают через разные промежутки времени. Припадки являются эндогенно, но отмечаются также влияния тех или иных факторов: внешняя или внутренняя интоксикация, изменение атмосферного давления, время года, состояние перенапряжения, утомления и т. п., несомненно, имеют значение для проявления припадков. Особенно неблагоприятное влияние на эпилепсию имеет алкоголизм, благодаря которому учащаются и усиливаются припадки и другие болезненные явления. Вообще

эпилептики невыносимы по отношению к алкоголю, опьяняются от ничтожных доз и впадают в состояния патологического аффекта. Далее различные неблагоприятные условия жизни также ухудшают течение эпилепсии.

Накопление припадков сериями — так называемый эпилептический статус — представляется очень опасным явлением, несомненно зависящим от особенно резкого накопления токсинов, вызывающих бурную реакцию мозга. Множественные припадки резко истощают больного, вызывают повышение температуры и нередко смертельный исход. Частые припадки, помимо биологической пертурбации, имеют еще и то значение, что мешают больным работать, создают им исключительное положение среди окружающих. Столь же, если не более, неблагоприятное значение имеют и психические эквиваленты. Припадки и эквиваленты представляют часто опасность как для больных, так и для окружающих, вследствие чего всегда необходим надзор за такими больными.

Хронические изменения психики у эпилептиков развиваются не одинаково быстро; часто, особенно в детском возрасте, несмотря на наличие припадков, еще не отмечается эпилептического характера, который устанавливается лишь в дальнейшем.

Прогноз при эпилепсии в общем, конечно, неблагоприятный. Такие больные обычно не долговечны, они часто погибают от эпилептического статуса, от туберкулеза, иногда от несчастных случаев во время припадков и сумеречных состояний сознания. Особенно велика смертность эпилептиков в пубертатном возрасте, представляющем большую ранимость по отношению к вредным моментам. Неблагоприятно предсказание также и в смысле почти неизбежной деградации, наступления более или менее выраженного слабоумия. Нужно, однако, учитывать возможность и сравнительно благоприятного течения процесса, когда у больного припадки редки и обычно бывают лишь по ночам, слабоумие нарастает медленно и больные могут более или менее успешно работать. Повидимому, возможна даже полная остановка процесса — по статистике разных авторов в 5—10% всех случаев эпилепсии.

Патологическая анатомия. При анатомическом исследовании мозга эпилептиков отмечаются два ряда явлений: с одной стороны, признаки, указывающие на врожденную неполноценность мозга, с другой — проявления деструктивного процесса — болезненные изменения нервной ткани. К врожденным аномалиям мозга эпилептиков относятся: часто констатируемые в первом слое коры клетки Кахала (Cajal) (в норме они бывают лишь в утробном периоде), неотчетливость границы между первым и вторым слоями,

гетеротопии серого вещества и пр. Более разнообразны прогрессивные изменения, которые уже должны быть отнесены на счет самой болезни. Поражение нервных клеток преимущественно констатируется в поверхностных слоях коры, особенно в моторных областях мозга, затем ■ височных, в лобных, слабее в затылочных; вместе с тем наблюдается поражение волокон преимущественно тангенциальных. Особенно резкие изменения при эпилепсии представляет глия, ее разрастание ■ поверхностных слоях мозга дает так наз. краевой глиоз Ш а с л е н а (Chaslin) (густая сеть глиозных волокон). Из всех частей мозга при эпилепсии наиболее часты и резки изменения ■ аммониевом рогу: сморщивание его, склероз часто заметны уже макроскопически; микроскопическое же исследование обнаруживает гибель нервных элементов и резкое разрастание глии. Значение поражения этой области не выяснено; возможно, что заболевание аммониевого рога зависит от его повышенной ранимости. Помимо хронических изменений, при эпилепсии констатируются в мозгу также и острые поражения в том случае, если больной погибает во время эпилептического статуса. При этом отмечаются явления так наз. набухания мозга, причем получается несоответствие между вместимостью черепа и объемом мозга, наблюдается также гиперемия мозгового вещества, инфильтрация сосудов лимфоцитами, мелкие кровоизлияния (главным образом в коре), острые изменения и распад нервных клеток, амебоидное превращение глии в глубоких слоях коры. Как уже упоминалось, появление амебоидной глии всегда бывает связано с катастрофическими мозговыми процессами и является соответствующей бурной реакцией глии, размножение которой, повидимому, отчасти и лежит в основе набухания мозга.

Этиология. Эпилепсия—очень частое заболевание, распространенное во всех странах. Есть указания, что эта болезнь особенно часто встречается там, где сильно развит алкоголизм. В среднем нужно считать, что количество эпилептиков приблизительно равняется 1—2 на 1 000 населения. Этиология эпилепсии до сих пор не может считаться окончательно выясненной. То обстоятельство, что эта болезнь чаще всего начинается в детском возрасте, что в мозгу эпилептиков констатируются врожденные аномалии, заставляет предполагать наличие наследственных и врожденных причин заболевания. Очень часты заболевания эпилепсией в семьях этих больных, причем можно отметить не прямое отягощение — больными оказываются обычно не родители, а дяди, тетки, братья и сестры больного (рецессивная наследственная передача по Менделю). Кроме того, в семьях эпилептиков очень часто отмечаются

левшество, расстройства речи, эпилептоидные формы психопатии. Далее большое значение имеет то обстоятельство, что родители эпилептиков очень часто оказываются сифилитиками и особенно алкоголиками. Нужно, следовательно, думать, что поражение зачатка алкоголем ■ сифилисом должно иметь большое значение в патогенезе эпилепсии. Далее в этиологии этой болезни, несомненно, некоторую роль играют грубые заболевания мозга (менингиты, энцефалиты и пр.). При этом ■ одних случаях мы имеем дело в сущности лишь с симптоматической эпилепсией, в других же — мозговое поражение является исходным пунктом для развития генуинной эпилепсии или же провоцируют последнюю. Приблизительно такое же значение в этиологии эпилепсии имеют травмы и отравления. С одной стороны, они дают симптоматическую эпилепсию (эпилептиформные реакции), с другой — способствуют выявлению генуинного процесса.

Патогенез эпилепсии не ясен. Данные обмена веществ относятся преимущественно к послеприпадочному состоянию. Мы находим в моче повышенную кислотность, повышенное количество аммиака, солей кальция, остаточного азота, аминокислот, креатина и креатинина. Все эти данные, как сейчас выясняется, непосредственно связаны с повышенной мышечной деятельностью и недостатком кислорода во время судорожного припадка, не являются специфически-химическим выражением эпилепсии, как таковой. Значительно больше ясности вносят исследования обмена веществ межприпадочного периода. В этом периоде происходит ретенция азота, уменьшение общего количества мочи; накопление ядовитых продуктов обуславливает периодичность припадков. Далее можно считать несомненным, что здесь имеется большая лабильность обмена веществ, неспособность находиться в так наз. азотистом равновесии, что следует поставить в связь с деятельностью эндокринных желез. Нет такой железы, которую не связывали бы патогенетически с эпилепсией. Часть авторов связывает эпилепсию с недостаточностью или гиперфункцией щитовидной железы, часть с паращитовидными тельцами (тетанические симптомы при эпилепсии), часть с половыми железами (частое появление эпилепсии в пубертатном возрасте, в менструационные периоды). Некоторые авторы связывают эпилепсию с надпочечниками (по Фишеру, при эпилепсии имеется гиперфункция надпочечников, почему он и предлагает в качестве терапии резекцию этих желез), другие — с гипофизом (появление эпилепсии при адипозо-генитальной дистрофии, изменения турецкого седла при эпилепсии и пр.). Работы последнего времени показали, что все эндокринные железы

можно разделить на две группы: повышающую толерантность к судорогам (паращитовидные железы, поджелудочная, зобовидная железа, половые железы ■ частично щитовидная железа) и понижающую эту толерантность (надпочечники, частью гипофиз и щитовидная железа). Судорожные механизмы регулируются всей эндокринной системой, с ее сложными взаимоотношениями отдельных желез; эта система регулирует отношения ионов калия и кальция, которые ■ значительной степени определяют природу судорог.

Распознавание эпилепсии не представляет затруднений в выраженных типичных случаях; оно основывается на наличии характерных припадков, *petit mal*, эквивалентов в виде расстройства настроения ■ сознания и особенно на наличии хронических изменений характера, доходящих до степени эпилептического слабоумия. Эпилептические психические расстройства при отсутствии судорожных припадков могут представлять известные затруднения в смысле разграничения от других психических болезней, например, от шизофрении, реже от маниакально-депрессивного психоза. Однако внезапное начало и конец, однообразие отдельных приступов, немотивированность и особая напряженность аффектов, топтание на месте отличают эпилептические изменения от маниакально-депрессивных; в частности при возбуждении у эпилептиков не наблюдается настоящей скачки идей, веселого настроения, отвлекаемости, свойственных маниакальным больным; для эпилептика более обычны состояния экстаза, напряженность возбуждения, лишенного радости. От шизофрении эпилептические психические расстройства отличаются, помимо внезапности начала и окончания, преобладанием зрительных обманов чувств над слуховыми, отсутствием аутизма, кататонических явлений и пр. Распознавания эпилепсии от истерии мы коснемся в главе об истерии.

Наиболее трудной задачей нужно считать отграничение эпилепсии от различных симптоматических припадочных состояний и от так называемых эпилептиформных реакций, особенно часто встречающихся в детском возрасте и отличающихся в общем своей доброкачественностью, связанной с отсутствием прогрессивности, психической деградации. При особом описании этих форм мы еще вернемся к вопросу об их отграничении от genuинной эпилепсии.

Лечение. При лечении эпилепсии наиболее важным средством, несомненно, нужно считать б р о м и с т ы е препараты, которые уменьшают число припадков и смягчают течение болезни. Требуется длительное применение брома, довольно больших доз (3,0 — 5,0 в день); при больших дозах показано одновременное применение сердечных

средств, например, *adonis vernalis*. ■ последнее время распространено лечение люминалем, который следует комбинировать с бромом, обычно применяемым с перерывами. При эпилептическом статусе назначается парaldeгид или амилен-гидрат в больших дозах (до 5,0), причем иногда эти средства приходится вводить с клизмой, так как непрерывные припадки затрудняют прием лекарства через рот. Важное значение имеет при эпилепсии диета. Следует избегать всяких раздражающих блюд, а особенно алкогольных напитков, мясная пища должна быть сведена к минимуму; предпочтительно молоко и овощи. Рекомендуются уменьшение употребления поваренной соли и замена ее бромистыми солями. Далее некоторыми авторами с успехом применялось лечение голоданием с целью уменьшения ацидоза. Диететические меры при эпилепсии тем более уместны, что при этой болезни имеются аномалии обмена и явления аутоинтоксикации.

Хирургическое лечение при генуинной эпилепсии до сих пор не давало сколько-нибудь утешительных результатов. Быть может, упомянутые выше данные Ферстера с предварительной установкой локализации процесса приведут в дальнейшем к более благоприятным результатам.

При описании симптомов эпилепсии уже указывалось, что эти больные могут быть опасны для себя и окружающих, вследствие чего необходим тщательный надзор. Если эпилептики трудоспособны, то важна правильная их профессиональная ориентация. Всякие ремесла и профессии, сопряженные с опасной работой, со сложными машинами и пр., исключаются как неподходящие для этих больных. Наиболее подходящими для них нужно считать — сельскохозяйственный труд, несложные ремесла, когда приходится работать сидя с простыми инструментами, и, наконец, конторский труд в тех случаях, если это позволяет интеллектуальное развитие. Более тяжелые слабоумные эпилептики с частыми припадками и сумеречными состояниями подлежат приютскому и больничному содержанию в учреждениях для хроников. При этом наиболее целесообразны особые учреждения для эпилептиков или же, по крайней мере, изолированные отделения в психиатрических больницах. Благодаря своим припадкам и тяжелому характеру эпилептики очень тягостны для других больных и потому предпочтительно их отдельное содержание. Нужно однако сказать, что до настоящего времени и у нас и за границей в этом отношении для эпилептиков сделано недостаточно; соответствующих учреждений слишком мало и борьба с эпилепсией, несомненно, требует усиления мероприятий как в смысле устройства соответствующих

учреждений, так и в смысле диспансерной помощи таким больным.

Очень важно судебно-психиатрическое значение эпилепсии. Эпилептики совершают большое число тяжелых преступлений. Во время сумеречных состояний сознания с устрашающими галлюцинациями и бредом больные нередко совершают нападения на окружающих. Раздражительность, склонность к патологическим аффектам также очень часто являются причиной конфликтов с окружающими. Кошмарные по своей жестокости убийства, когда, например, эпилептик убивает топором всю свою семью, — довольно частое явление. Нередки так же случаи самоувечья и самоубийства во время сумеречных состояний сознания. Характерна амнезия — эпилептик забывает о совершенном им преступлении, нередко засыпает после убийства и его находят спящим рядом с его жертвой. Часты также случаи поджогов, которые совершаются больными или в сумеречном состоянии, или в приступе раздражения. На основании наличия болезненного состояния, в частности помрачения сознания, доказывающего невменяемость субъекта, он, конечно, должен быть освобожден от обычного наказания, но опасное состояние, свойственное таким больным, требует защиты от них общества, вследствие чего показано их длительное пребывание в больницах.

Сл. 10. Больной Д., 24 л., холост.

Со стороны наследственности отмечается следующее: отец умер во время приступа белой горячки в возрасте 56 л., запойный пьяница, по характеру злобный, жестокий ■ раздражительный; одна сестра больного умерла 4-х лет, страдала судорогами; брат злой, раздражительный, вспыльчивый человек — в состоянии раздражения может ударить, разбить что-либо. Частые кратковременные колебания настроения в сторону тоскливости, сопряженной с усилением раздражительности. Б-ной в общем рос и развивался правильно. До 11 лет было, изредка, после устрашающих сновидений, ночное недержание мочи. Нередко наблюдались и ночные страхи. Судорог, припадков, снохождения не было. Был бойким, послушным, веселым и подвижным мальчиком. Учиться начал 8 лет. От своих сверстников не отставал.

12-ти лет перенес скарлатину без осложнений. 14-ти лет во время игры с товарищами больной внезапно вскрикнул и упал, „бился в судорогах“, упустил мочу, изо рта шла пена. Припадок продолжался около трех минут, после чего уснул. Проснувшись часа через 1½, он плохо понимал обращенные к нему вопросы, был молчалив, казался оглушенным. О происшедшем не сохранил никаких воспоминаний. Как впоследствии выяснилось, больной во время припадка прикусил язык. После этого припадки стали повторяться раза два в месяц и они большей частью происходили во сне по ночам (при этом больной падал с кровати). Припадки нередко случались и на улице. Постепенно стал меняться характером. Из послушного и веселого мальчика превратился в злобного, раздражительного и угрюмого. Появилась страсть к мучениям животных. Наблюдались вспышки яро-

стного гнева. По мельчайшему поводу набрасывался с кулаками на родителей, сестер. Ухудшилась память и пришлось бросить школу.

Жил все время дома, лишь изредка работая ■ деревне по хозяйству. Родители заметили, что больной иногда во время работы останавливался, бледнел, „взгляд делался как бы отсутствующим“, произносил несколько бессвязных слов, после чего возобновлял свое прежнее занятие. На вопросы о том, что с ним произошло, реагировал недоумением, так как ничего не помнил. В возрасте 21 г. внезапно впал ■ состояние резкого возбуждения. Яростно накидывался на окружающих, совершенно не ориентировался в происходящем. Галлюцинировал. Чего-то боялся.

Был помещен в психиатрическую больницу. В больнице через 2 дня стал покоен, сознателен, но ничего не мог рассказать о случившемся, не знал, когда и как его поместили туда. В больнице обнаруживает необычайную обстоятельность и вязкость ■ изложении своих мыслей. Чрезвычайно детально описывает что-либо. Говорит монотонно. Весьма ипохондричен. Жалуется на сильные, разнообразные телесные ощущения. Тщательно следит за отпращиванием кишечника. В обращении с врачом ■ персоналом принижен, преувеличенно любезен и льстив. Ежедневно со слащавой улыбкой на лице встречает врача ■ осведомляется о его „драгоценном здоровье“. Педантично аккуратен и чистоплотен. В идеальном порядке содержит свою кровать. Временами бывает угрюм, мрачен, чрезвычайно злобен, раздражителен, дерется с больными, нередко нападает на персонал, раздражаясь по всякому пустяку.

В больнице 3 — 4 раза в месяц, обычно один за другим, бывают судорожные припадки. Иногда перед припадками испытывает легкое головокружение, перед глазами заревом вспыхивает красное пламя, и больной знает, что у него через несколько минут произойдет припадок. Издаст сдавленный крик и падает. Часто до крови прикусывает язык. У углов рта розоватая пена. Дыхание затрудняется. Лицо синеет. Мускулатура тела на некоторое время приходит в состояние сильнейшего напряжения, затем начинаются судорожные подергивания всех мышечных групп. Тело потеет. Упускает мочу. Зрачки расширяются. Реакция на свет отсутствует. Иногда, если удастся исследовать, можно наблюдать и симптом Бабинского. Через несколько минут припадок заканчивается глубоким сном, после которого больной бывает вял, испытывает чувство разбитости во всем теле, с трудом подыскивает слова для обозначения предметов.

Со стороны неврологической никаких особенностей. Физически коренастый, крепкий юноша с усиленным развитием костяка и мускулатуры (атлетического телосложения).

За время трехлетнего пребывания в больнице можно заметить ухудшение памяти и нарастание эпилептического слабоумия.

Эпилептиформные реакции.

Помимо генуинной эпилепсии, как уже упоминалось, существует ряд болезненных форм, при которых возможны припадки, по виду ничем не отличающиеся или же очень похожие на эпилептические. Судорожный припадок представляет из себя определенную форму реакции нервной системы, вызываемую разными раздражителями (иктогенными факторами). При известных условиях, собственно говоря, повидимому, каждый человек может дать

эпилептиформную реакцию, например, при непосредственном раздражении моторной коры фарадическим током. Нужно однако иметь в виду, что факторы одинаковой силы ■ качества (например, травмы) могут у одного субъекта вызвать припадок, у другого нет. Таким образом можно говорить об индивидуальном пороге раздражения для припадков, высота которого может быть весьма различна, или же об индивидуальной готовности к припадкам. Такая повышенная готовность к припадкам может быть наследственной или же следствием поражения зачатка; в течение жизни, не говоря о генуинной эпилепсии, готовность к припадкам колеблется: порог раздражения очень низок у детей, дающих припадки по сравнительно ничтожным поводам, в пубертатном возрасте и в инволюционном периоде. Мало того, порог раздражения колеблется по сезону (весной и осенью он ниже), он понижается во время перехода от сна к бодрствованию и обратно и даже после приема пищи. Высота порога раздражения может быть сравнительно точно определена при черепных операциях силою фарадического тока, необходимого для получения припадка. Далее, порог раздражения может быть определен в некоторых случаях путем гипервентиляции (ряда учащенных глубоких вдохов) и т. п. методов, вызывающих припадки (сдавление *art. carotis*, инъекции адреналина и пр.). Совершенно ясно, что чем ниже порог раздражения, тем менее сильный вредный момент требуется для провоцирования припадка и наоборот.

Эпилептиформная реакция в одних случаях представляет из себя более или менее эпизодическое проявление определенных заболеваний, являясь одним из симптомов той или иной болезни — это так называемая симптоматическая форма, в других случаях эпилептиформный синдром представляется единственным проявлением заболевания или же, по крайней мере, занимает главное место в картине данного заболевания — это эссенциальные эпилептиформные реакции разного рода. Переходим к описанию отдельных форм.

Симптоматические эпилептиформные реакции. Сюда относятся припадоочные явления, наблюдаемые при самых различных тяжелых мозговых заболеваниях: 1) Опухоли, которые действуют частью местно при соответствующей локализации, частью путем повышения внутричерепного давления. 2) Энцефалиты, менингиты и абсцессы как в острых проявлениях, так и их последствия, рубцы и пр. 3) Паразиты — цистицерки, эхинококки и пр. 4) Травмы черепа с непосредственным повреждением мозгового вещества. При всех вышеупомянутых формах

(1 — 4) припадки иногда носят генерализированный характер с потерей сознания, иногда же протекают под видом так наз. джексоновской эпилепсии, причем судороги ограничиваются определенной частью, соответствующей пораженному центру и протекают без потери сознания. 5) Сифилис мозга, прогрессивный паралич, особенно так называемый припадочный паралич (Anfallsparalyse) также могут протекать при наличии судорожных припадков. 6) Туберкулезный менингит, солитарный туберкул. 7) Эпидемический энцефалит. 8) Множественный склероз. 9) Сенильные ■ артериосклеротические формы. 10) Расстройства циркуляции (например, при сдавлении art. carotis) могут вызвать эпилептический припадок. Тоже иногда наблюдается при пороках сердца (epilepsie cardiaque французских авторов). 11) Отравления (алкоголь, эрготин, свинец). Нужно при этом иметь в виду, что отравления, как, впрочем, ■ другие вредные моменты (напр., травмы), могут вызывать не только эпилептиформные реакции, но также, как уже упоминалось, провоцировать генуинную эпилепсию особенно у лиц предрасположенных¹⁾. 12) Аутоинтоксикации (уремия, эклампсия у беременных и пр.). 13) „Эндокринно-токсическая эпилепсия“ (Серейский), имеющая ряд своеобразных особенностей: специфическое наследственное отягощение (эпилепсия и эндокринное расстройство), препсихотическая личность больных близка к типу „эпилептоидной психопатии“, в анамнезе психические и физические травмы. Припадки текут главным образом по типу absences. У всех больных налицо базедовский синдром. Через сравнительно короткий промежуток времени после начала заболевания наблюдается определенное изменение личности, причем на первом плане выступает падение работоспособности, сужение интересов, раздражительность. Наблюдаемые эндокринные расстройства (главным образом гипертиреоз) являются виновниками переключения „эпилептической конституции“ в „процесс“.

Все отмеченные выше симптоматические эпилептиформные реакции распознаются от генуинной эпилепсии на основании наличия симптомов, свойственных основной болезни, и отсутствия эпилептических психических изменений.

Самостоятельные (эссенциальные) эпилептиформные реакции по преимуществу наблюдаются в детском возрасте, которому, как

1) Особенно большое практическое значение имеет алкогольная эпилепсия; она отличается от генуинной поздним началом, зависимостью от злоупотребления алкоголем, отсутствием эпилептического хронического изменения психики. Аналогичные особенности имеет и эрготиновая эпилепсия.

уже упоминалось, свойственна повышенная готовность к припадкам. Сюда относятся следующие формы:

1) *Спазмофилия*. Под этим термином в настоящее время обычно объединяют ряд случаев, которые раньше описывались под различными названиями (детская эклямпсия, ларингоспазм, тетания) ■ которые характеризуются повышенной механической и гальванической возбудимостью периферической нервной системы и довольно частыми судорожными припадками. Спазмофилия наблюдается главным образом в конце первого и на втором году жизни у детей физически неполноценных, рахитиков и т. п. По-видимому, эта форма связана с дисфункцией эндокринного аппарата (в частности паратиреоидной железы). Болезнь обычно развивается в определенное время года — конец зимы и начало весны. Некоторые авторы считают, что спазмофилики в дальнейшем становятся настоящими эпилептиками, но в большинстве случаев этого не бывает. Припадки через несколько месяцев проходят и больше не возвращаются; часто однако спазмофилики оказываются в дальнейшем неполноценными, умственно и физически недоразвитыми. Распознавание от эпилепсии основывается на указанном выше повышении механической и гальванической возбудимости периферической нервной системы, на отсутствии *petit mal* и сравнительно доброкачественном течении, не дающем специфических эпилептических психических изменений. Лечение преимущественно укрепляющее, с обращением внимания на рахит и др. особенности организма.

2) *Аффективные респираторные судороги*. Эта форма наблюдается также лишь у маленьких детей, — нервных, с вазомоторной лabilityностью, происходящих из психопатических семей; обычно в связи с испугом или болевыми раздражениями ребенок начинает сильно кричать, становится цианотичным вследствие инспираторной остановки дыхания, затем бледнеет, наступает затемнение сознания, тонические, реже клонические судороги с последующим расслаблением мускулатуры, выделением мочи и кала. Припадок может быть прерван местным раздражением, например, опрыскиванием холодной водой. При этой форме предсказание благоприятно. Особенности припадков и главным образом их ясная природа, отсутствие припадков во сне, не говоря уже о благоприветном течении, отличают эту форму от генуинной эпилепсии. Лечение и здесь преимущественно укрепляющее.

3) *Пикнолепсия*. Эта форма наблюдается у детей постарше (от 3 до 12 лет), выражается в большом числе малых припадков до 50 в день, начинается без видимых причин или же иногда

как будто в связи с психогенными моментами. Припадки выражаются в потере сознания, причем больной не падает, а лишь запрокидывает голову назад, глаза закатываются, повышается тонус главным образом ■ мышцах рук, клонических судорог не бывает, продолжительность припадка — 20 — 30 секунд. Как видно из описания, пикнолептические припадки при своем сходстве с эпилептическим *petit mal* отличаются от последнего бóльшим развитием двигательных явлений, они гораздо более заметны для окружающих (*petit mal* легко может пройти незамеченным). Кроме того, пикнолептические припадки отличаются своей множественностью. Пикнолепсия продолжается обычно несколько месяцев и проходит без всяких последствий. Предположение об ее принадлежности к эпилепсии опровергается доброкачественностью течения данной формы, отсутствием психических изменений, доброкачественностью самих припадков, не вызывающих истощения и утомления больного, несмотря на их частоту; далее характерно, что бромистое лечение не оказывает влияния на пикнолепсию. Скорее здесь приносит пользу обычное укрепляющее лечение, тем более, что большей частью дело касается детей нервных и малокровных.

4) *Нарколепсия*. Эта форма, описанная Желино (Gélineau), выражается в приступах сна с общим расслаблением тонуса, она наблюдается у детей старшего возраста и подростков (чаще всего в 10 — 20 лет); обыкновенно это бывает с субъектами психопатическими, нервными. Больной вдруг начинает чувствовать непреодолимую усталость и засыпает. Пробуждение происходит само собой приблизительно через полчаса, но его можно ускорить, разбудив больного как при обычном сне. Предсказание вполне благоприятно. Диагноз обычно затруднений не представляет (от эпилепсии и истерии отличается особенностями припадка и отсутствием свойственных этим болезням изменений психики). В некоторых случаях может возникнуть мысль о проявлениях эпидемического энцефалита, но отсутствие органических симптомов решает диагноз. Лечение и при этой форме укрепляющее.

5) *Аффектэпилепсия*. Эта форма, описанная Брацем (Bratz), главным образом у подростков, близка к психопатиям. Дело касается субъектов легко возбудимых, раздражительных, с антисоциальными наклонностями, жестоких, которые на высоте раздражения проделывают припадки, ничем по внешности не отличающиеся от эпилептических. От genuинной эпилепсии эта форма отличается реактивностью припадков, отсутствием их по ночам, а главное тем, что аффектэпилептики не деградируют, у них не

наступает слабоумия. Все же эта форма с неблагоприятным прогнозом, так как данная аномалия не проявляет тенденции к улучшению, отличается упорством патологических проявлений. Бромистое лечение и здесь не приносит особой пользы. Часто аффект-эпилептики отличаются умственным недоразвитием ■ относятся к числу олигофренов. Их антисоциальные наклонности ■ тяжелый характер требуют содержания ■ закрытых лечебно-воспитательных учреждениях.

6) *Психастенические судороги (Оппенгейм)* у психастеников и невропатов могут иметь полное сходство с эпилептическими припадками, но больные после припадка быстро приходят в себя. Течение болезни доброкачественное.

Случайные припадки и обмороки. Механизм судорожных припадков при низком пороге раздражения (следовательно, опять-таки чаще всего у детей) может быть вызван также рядом случайных раздражителей — повышением температуры, рефлекторным раздражением глистами, вдыханием сильных одуряющих запахов. Резкая боль или даже испуг могут вызвать у нервных и впечатлительных людей (чаще у детей и подростков) судорожные припадки или же чаще обморочные состояния. Такие припадки в большинстве случаев бывают единичными и никаких неблагоприятных последствий за собой не влекут. Конечно, здесь нужно обратить главным образом внимание на соматическую сторону, на общее укрепление организма, на устранение внешних раздражителей (напр., глист), вызывающих припадочные состояния.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

ШИЗОФРЕНИЯ.

Шизофрения является эндогенным болезненным процессом, характеризующимся прогрессивным течением, нарастанием признаков расщепления психики ■ эмоциональной тупостью. Шизофрения происходит от греческих слов „шизо — френия“, обозначающих расщепление психики. Этот термин введен Блейлером и относится к той группе заболеваний, которая известна была под названием „раннее слабоумие“ (*Dementia praecox*). Крепелину принадлежит непревзойденная заслуга в изучении этой самой распространенной нозологической единицы. В основу раннего слабоумия Крепелин положил два принципа: 1) заболевание это имеет место в молодом возрасте, 2) течение носит характер процесса, с исходом в слабоумие. Впоследствии сам Крепелин признал, что далеко не все больные заболевают в раннем возрасте и что часть больных выздоравливает, по крайней мере ■ социальном смысле. Блейлер не только дал новое название, но ■ значительно расширил рамки раннего слабоумия. В настоящее время некоторые авторы идут еще дальше и, основываясь на том, что шизофрено-подобные синдромы наблюдаются при ряде экзогенных (органических заболеваний, инфекций, интоксикаций) и даже психогенных (частые случаи на войне) расстройств, склонны допустить, что шизофрения не есть нозологическая единица, а лишь форма реакции, которую может дать мозг на различные вредности. Нам представляется, что предположение о шизоидной форме реакции не исключает существования шизофрении как нозологической единицы в такой же мере, в какой существование скажем, эпилептиформных реакций не исключает существования эпилепсии. По Блейлеру своеобразное расстройство психики, которым характеризуется шизофрения, заключается в расщеплении прежде всего в сфере интеллекта, в нарушении ассоциативного процесса „с характером разъединения и несоразмерности“. Странский (*Stransky*) говорит об „интрапсихической атаксии“, имея в виду расщепление, отсутствие коорди-

нации между отдельными психическими актами, между интеллектом, эффектами и волей. Это расщепление ■ первую голову вызвано поражением эмоционально-волевой области, ■ частности эмоциональным оскудением, с которого по Крепелину и начинается заболевание шизофренией. Сюда присоединяются изменения психомоторных функций ■ разобщение личности больного с внешним миром (аутизм).

Симптоматология. *Психические симптомы.* Расстройства интеллекта. На первом месте стоит расстройство ассоциативной деятельности. Ассоциации теряют внутреннюю связь, в их цепи происходят разрывы, нелогичные, бессвязные, ■ иногда совершенно бессмысленные сочетания; мы называем этот симптом разорванностью мышления (*Zerfahrenheit des Denkens*). В ассоциациях единое расщепляется, разнородное соединяется; Блейлер говорит, что происходит так, как если бы мы разные понятия одной категории перемешали ■ потом стали бы их совершенно случайно сочетать. В более легких случаях отмечаются элементы отвлекаемости, перескакивание от одной ассоциации к другой. Несмотря на внешнее сходство этих явлений с симптомом скачки идей, они по существу строго различаются друг от друга. При маниакальном возбуждении расстройства ассоциаций заключаются в патологически-усиленном их образовании, сами же ассоциации имеют хотя внешнюю, но всегда улавливаемую связь; при шизофрении же связь между ассоциациями разорвана. Далее при шизофрении у больных нет интереса к своей ассоциативной продукции, нет цели, у маниакальных же цель эта хотя и меняется, но всегда имеется. Образчиком разорванного мышления может служить следующее заявление одного шизофреника: „Я происхожу от Диогена, так как Диоген искал людей с фонарем, а я это считаю ерундой“. Любопытно, что бессмысленный набор разорванных шизофренических ассоциаций почти всегда объединяется больными в грамматически правильно оформленное предложение.

В процессе мышления мы отмечаем еще ряд других характерных расстройств: персеверация, т. е. застревание одних и тех же представлений, слов; интеллектуальная амбивалентность, когда больной в одно и то же время сочетает полярно противоположные понятия, представления; паралогия, когда возникающие представления подавляются и заменяются родственными (напр., на вопрос: сколько у больного пальцев, он отвечает 4 вместо 5). У многих больных существует болезненное стремление к обобщению, к переводу какой-либо идеи или функции из одной области в другую, например: больной

желает выругать своего противника, но тут же начинает бранить и всех стоящих рядом, не имеющих с ним ничего общего. Очень характерным является по Блейлеру отсутствие гибкости в мышлении, например: больной знает, что на экзамене будет дана определенная тема для сочинения; когда же тема оказалась неожиданно измененной, он не в состоянии приспособиться к этому новому обстоятельству и пишет заготовленное заранее сочинение. Патогномоничным, особенно если он наблюдается длительно, надо считать симптом задержки (Sperrung), когда мысль внезапно прерывается, в мышлении на некоторое время создаются паузы (больной жалуется, что у него забирают его мысли); подобный симптом может иметь место и у здоровых людей при резком утомлении, перед засыпанием. Тут же уместно упомянуть и о симптоме невольной необходимости мыслить, когда больной вынужден против своей воли предаваться размышлению. В результате создается впечатление, что мышление больного не свободно, зависит от чужого влияния. Чрезвычайно существенно, что указанные расстройства мышления протекают при полной сохранности сознания. Эти расстройства не всегда легко обнаружить; они становятся демонстративны в состоянии раздражения, почему больные, которые говорят совершенно правильно и дают правильные сведения, обнаруживают указанные расстройства, когда разговор касается их бреда. Расстройства ассоциаций (а также расстройства эмоционально-волевой сферы, о которой речь ниже) создают почву для аутистического мышления, для аутизма (Блейлер). Больные теряют связь с реальным миром, инкапсулируются, замыкаются в собственный мир.

Расстройство мышления отражается, естественно, на речи и письме. Некоторые больные говорят много, иные же совсем не говорят (так наз. мутизм), что не мешает им, впрочем, иногда общаться при помощи письма. Негативизм может проявиться не только в мутизме, но и в том, что больные дают уклончивый ответ или же отвечают избирательно, в зависимости от того, с кем они имеют дело. Иногда они упорно молчат, когда с ними заговаривают, и тут же начинают говорить, когда от них отворачиваются. В речи отсутствует так наз. речевая мелодия, речь без аффективной окраски; говорят больные то слишком быстро, то слишком медленно, то громко, то очень тихо, иногда даже с закрытым ртом, с шипением, свистом и т. д. Манерность речи проявляется в патетических тирадах, в инфантильной речи, когда больные говорят высоким детским голосом, причем часто о себе в третьем лице. Иногда в речи упоминаются

знаки препинания. Большую роль играют паразитические „скальзывания“: слияния двух-трех слов в одно и т. п.; особенно характерны так наз. неологизмы, т. е. образование совершенно новых, никому непонятных слов. Эти сочетания могут превратить речь в бессмысленный „словесный салат“. Кроме того, существуют расстройства речи неврологического характера: затруднения в нахождении слов или построении предложений (параграмматизм). Крепелин сравнивает эти расстройства с расстройствами речи во сне, которые он в свою очередь ставит в связь с сенсорной афазией. Это чисто неврологическое объяснение расстройства речи нам кажется более плодотворным, чем психологическое. Манерность, стереотипия и т. д. отражается, естественно, и на письме и рисунке больного. Любопытно, что у части шизофреников мы встречаем совершенно правильное письмо при резком расстройстве речи и наоборот. Почерк может до такой степени резко меняться, что создается впечатление, будто одно письмо писало несколько лиц. Один из наших больных писал так, что передвигал не руку по бумаге, а, держа ручку неподвижно, передвигал бумагу.

Значительно менее нарушены, а часто и вовсе не расстроены функции восприятия, ориентировки, памяти. Сознание и ориентировка во времени и пространстве, за исключением эпизодических состояний резкого возбуждения или ступора, вполне ясны. У некоторых больных наблюдается как бы „двойная ориентировка“, чаще всего в связи с содержанием бреда: больной говорит, что он находится в аду, но вместе с тем он отлично знает, что он в клинике. Менее определенно больные ориентированы в отношении собственного положения и собственного „я“ (аутопсихическая ориентировка). Кажущаяся дезориентированность, вследствие неправильных ответов, объясняется часто негативизмом. Восприятие внешних впечатлений не нарушено. Больной, который кажется абсолютно тупым, невосприимчивым, как фотографическая пластинка, запечатлевает в себе все происходящее в окружающем. Память, способность к запоминанию, как правило, не расстроены; конфабуляции редки, больной имеет возможность механически усваивать материал, но мало способен к самостоятельной, творческой работе. Особенной помехой служит расстройство внимания и способности к суждению. Очень трудно фиксировать у них внимание; они безразличны к тому, о чем говорят, что кругом происходит. Очень поучителен описанный Осиповым симптом „фотографического чтения“, когда больной репродуцирует прочитанное со всеми зна-

ками препинания, со всеми ошибками. Иногда больные упорно фиксируют внимание на чем-нибудь самом безразличном для них, оторвать их тогда бывает очень трудно.

Расстройства эмоциональной сферы являются центральными при этом заболевании, ими дебютирует всякая шизофрения. Больные становятся аффективно-безразличными, аффективно-тупыми к родным, окружающим, своим занятиям, своей судьбе и т. д. Один больной выразил это очень ярко, сказав, что ему все „до ужаса безразлично, даже если ему пришлось бы сойти с ума“. Если аффекты сохранены, то они не обладают достаточной глубиной и естественностью. Больные теряют способность к состраданию, ожесточаются, у них исчезает ощущение правильного поведения, чувство стыда, опрятности, элементарного приличия. Они не умеют регулировать аффектов, говорят о разных вещах, не меняя аффективной окраски. В проявлениях аффекта отмечается неестественность, преувеличенность, театральность. Вот почему их радость, горе нас не заражают, мы не в состоянии установить с ними аффективного контакта, „вчувствоваться“ в их психику. Характерно, что больные легко переносят всякие физические неудобства: могут долго сидеть без всяких движений в самых неудобных позах, не прогоняют мух, которые их кусают, и т. д. Блейлер приводит случай, когда во время пожара в психиатрической больнице больных шизофреников пришлось уводить насильно, иначе они могли сгореть. Чрезвычайно характерно и важно — отсутствие аффективной окраски бредовых идей, даже тех, которые связаны с неприятным содержанием. Странский, говоря об интрапсихической атаксии, ставит акцент не на отсутствии аффектов, а на отсутствии координации между аффектами и интеллектом. У этих больных нет „логики аффекта“ [Антон (Anton)]. Ничтожный повод может неожиданно вызвать взрыв аффекта и наоборот. Аффекты могут противоречить обстановке: то, что должно вызвать печаль, вызывает радость и наоборот (паратимия); иногда это, впрочем, происходит вследствие дисгармонии между настроением и мимикой (парамимия); больной смеется, узнав о смерти близкого человека, хотя ему и не смешно. Бессмысленный смех является очень частым симптомом шизофрении. Далее, ранним и важным симптомом является поворот в аффективном отношении, выражающийся в переходе от симпатии к антипатии, причем в первую очередь это относится обычно к родным, домашним. Патогномоничным считается также симптом расщепления аффекта или так наз. аффективная амбивалентность (Блейлер): сосуществование в одно и то

же время полярно противоположных аффектов, когда больной одновременно ■ радуется и огорчается, ■ любит и ненавидит. В менее резких случаях мы наряду с аффективной тупостью наблюдаем внезапные колебания аффективного равновесия, резкое проявление аффектов (страх, раздражительность, гнев), возникающих без всякого повода ■ неожиданно стихающих; при этом потрясающие события могут оставить больного безразличным, а пустяк вывести из себя. Блейлер связывает это с наличием „комплексов“ у больных; он же говорит о том, что акцент следует ставить при шизофрении не на отсутствии аффекта, ■ на недостаточной его гибкости.

Расстройства волевой сферы и психомоторных функций. Здесь на первый план выступает понижение волевых импульсов, тесно связанное с аффективной тупостью. Больной перестает выполнять свои обязанности, бросает службу и т. д. Отсутствие собственных импульсов создает почву для автоматической подчиняемости чужому влиянию.



Рис. 19. Каталепсия (собств. набл.).

Эта подчиняемость может выражаться в каталепсии, далее в том, что больной выполняет слепо всякое требование, даже если оно ему явно неприятно (напр., многократно показывает язык, зная, что его будут колоть иголкой). Сюда же относится симптом эхолалии, эхопраксии. Мы уже в общей части упоминали, что так наз. гипобулические волевые механизмы, столь характерные для шизофрении, складываются из контрастирующих элементов „да — нет“, столь частых у детей. При шизофрении рядом с рабочим „да“, проявляющимся в автоматической подчиняемости, мы имеем слепое „нет“, так наз. негативизм, когда волевые импульсы заменяются противоположными, когда на просьбу встать больной садится и т. д. Впрочем, часть относящихся сюда явлений

связана с бредовыми идеями, галлюцинациями. Негативизм может касаться не только внешних влияний, но и собственной воли больного, мы говорим тогда о внутреннем негативизме (Блейлер). Больные жалуются, что они не свободны, что они не могут выполнять того, что хотят, и т. д. Клинически негативизм проявляется самым разнообразным путем. Больные становятся замкнутыми, избегают встреч с окружающими, отворачиваются от них, покрываются одеялом с головой, ходят с закрытыми глазами и т. д. Аутистический мир кажется этим больным более реальным,



Рис. 20. Стереотипная поза кататоника (собств. набл.).

чем настоящий, живые люди представляются им „масками“. Больные часто говорят о потере собственной воли, о воздействии на их волю. В более резких формах мы имеем так наз. ступор (оцепенелость, скованность), когда больные совершенно не реагируют на внешний мир.

Расстройство волевой сферы создает благоприятную почву для импульсивных поступков. Больные совершают неожиданно самые нелепые действия, грозящие иногда большими опасностями как им самим, так и окружающим. Это бывает при кататоническом возбуждении. Очень часто мы наблюдаем монотонное проявление волевых импульсов, так наз. стереотипию, когда больные сохраняют часами одну и ту же позу, одни и те же движения, часто соблюдая строгий ритм. И здесь мы имеем дело с филогенетически старыми — гипобулическими механизмами. Отсутствие твердой волевой установки ведет к патологическому изменению формы волевых проявлений, к манерничанью, проявляющемуся в особой манере есть, одеваться, здороваться, ходить и т. д. Больные подают вместо руки палец, едят суп вилкой, ходят вприпрыжку и т. д. Иногда извращения действий принимают опасный характер: больной открывает все краны в доме и т. п.

как им самим, так и окружающим. Это бывает при кататоническом возбуждении. Очень часто мы наблюдаем монотонное проявление волевых импульсов, так наз. стереотипию, когда больные сохраняют часами одну и ту же позу, одни и те же движения, часто соблюдая строгий ритм. И здесь мы имеем дело с филогенетически старыми — гипобулическими механизмами. Отсутствие твердой волевой установки ведет к патологическому изменению формы волевых проявлений, к манерничанью, проявляющемуся в особой манере есть, одеваться, здороваться, ходить и т. д. Больные подают вместо руки палец, едят суп вилкой, ходят вприпрыжку и т. д. Иногда извращения действий принимают опасный характер: больной открывает все краны в доме и т. п.

Расстройство волевой сферы создает благоприятную почву для импульсивных поступков. Больные совершают неожиданно самые нелепые действия, грозящие иногда большими опасностями

Блейлер делит симптомы при шизофрении на описанные выше основные (расстройства ассоциаций ■ аффективно-волевой сферы) и добавочные, которые считаются необязательными, но все же очень характерными. К добавочным симптомам, помимо соматических признаков, относятся обманы чувств и бредовые идеи.

Обманы чувств. Чаще всего встречаются слуховые галлюцинации, вначале в виде акоазмов, а затем „голосов“. Эти „голоса“ локализуются либо в теле больного, либо вовне. Больной слышит, как на картине поют птицы и т. п. Содержание галлюцинаций большей частью неприятное, угрожающее, иногда императивного характера; но бывают и „добрые голоса“. Очень нередко содержание галлюцинаций безразличное, беспредметное, бессмысленное. Характерен симптом так наз. мышления вслух, когда больному кажется, что его мысли становятся известны всем окружающим. Еще ярче симптом воздействия на мышление, когда больной уверен, что окружающие влияют на его мысли, что он должен думать о том, чего хотят „голоса“. Больной либо объясняет это сверхъестественным влиянием, либо же считает научным экспериментом над ним. Чтобы освободиться от этого влияния, больные затыкают уши, упорно думают о другом и т. д. На втором месте по частоте стоят тактильные галлюцинации: больного электризуют, колют иглками, выкачивают из него кровь, вынимают мозг и т. д.; большую роль играют разного рода сексуальные ощущения, когда больные жалуются, что кто-то влияет на их половые органы и т. п. Наличие галлюцинаций общего чувства рядом с ясным сознанием считается патогномоничным для шизофрении. Очень любопытен симптом „галлюцинации мускульного чувства“, заключающийся в том, что слуховые галлюцинации сопровождаются ощущением иннерваций в мышцах больного. Так, напр., бог беседует с больным, но пальцуется при этом глоткой самого больного. Нередки галлюцинации обоняния, вкуса: больные жалуются на дурной вкус, на скверный запах, ощущаемый иногда только одной ноздрей. Зрительные галлюцинации бывают почти исключительно в острый период и то главным образом ночью: больные „видят“ голоса и т. п.

Бредовые идеи бывают ипохондрического характера, нередко идеи греховности и чаще всего идеи преследования, идеи воздействия. Идеи преследования сочетаются иногда с идеями величия. Очень часто развивается характерный бред отношения, когда больной все совершающееся относит к себе. Бредообразование может принять очень нелепые

размеры, иметь бессмысленное содержание, в нем отсутствует то болезненно-логическое построение, которое мы наблюдаем при параное. С течением болезни бредообразование стихает, за исключением так наз. параноидной формы (см. ниже). Бредовые идеи, подобно галлюцинациям, не имеют никакой системы и мало адекватны аффектам.

Соматические симптомы. Различают две группы симптомов: неврологические ■ вегетативные. К неврологическим симптомам принадлежат: 1) аномалии зрачков: анизокория, вяловатая реакция зрачков, отсутствие игры зрачков, отсутствие психических рефлексов, т. е. реакции зрачков под влиянием эмоций. Этот последний симптом в конечных стадиях заболевания всегда налицо, в начальном же может отсутствовать. Бумке, описавший этот симптом, полагал, что он строго специфичен для шизофрении, но оказалось, что это не так; он наблюдается в 60% всех случаев шизофрении, но его можно найти и в состояниях аффективного ступора после потрясающих событий (на войне); 2) моторные явления раздражения и выпадения: судороги, тики, парезы, дрожания, гримасничание, мозжечковые расстройства, нарушения равновесия, адиадохокинез; повышение сухожильных рефлексов в острых стадиях, часто симптом Хвостека; 3) в начальной стадии заболевания очень часто отмечаются головные боли; 4) эпилептиформные припадки, а также припадки психогенного типа, чаще обмороки и 5) острое повышение внутричерепного давления, с оглушенностью, замедлением пульса, рвотой, вызываемое по Рейхардту „острым набуханием мозга“; это состояние может явиться причиной неожиданной смерти у некоторых кататоников, причем в отличие от опухолей не бывает застойного соска.

К вегетативным симптомам относятся: 1) эндогенные колебания веса тела. Наблюдаются резкие колебания веса (до 2 кг в сутки), не зависящие от приемов пищи и связанные с неправильностями водяного обмена. Нередко отмечается неожиданная задержка мочи (чем можно объяснить появляющиеся отеки), либо же, наоборот, обильное мочеотделение. При наступлении слабоумия очень часто наблюдается резкое увеличение веса; 2) колебания температуры: гипертермия при кататонии (так наз. кататоническая лихорадка), а также гипотермия, иногда в течение недель; 3) вазомоторные расстройства: местные отеки, эритемы, приливы к голове, дермографизм, акроцианоз, причем на фоне циано-

тической поверхности можно легким надавливанием вызвать на конечностях очень характерные светло-розовые пятна. У ступорозных больных отмечается спазм сосудов, который может держаться несколько месяцев. Кровяное давление подвержено колебаниям, часто понижено. Плетисмографические опыты с влиянием холода и боли обнаружили при кататоническом ступоре отсутствие обычного уменьшения объема. Что касается вегетативной нервной системы в целом, то было высказано предположение о нечувствительности шизофреников к адреналину, не нашедшее себе подтверждения. Часть больных можно отнести к ваготоническому, часть к симпатикотоническому типу. Характерным можно считать болезненность при надавливании на глазные яблоки и резко ваготонический эффект; 4) расстройство слюно- и потоотделения, расстройство деятельности слюнных желез (сальное лицо); усиленное слюноотделение считается в прогностическом отношении плохим признаком.

Исследования обмена веществ ■ гематологические не привели до сих пор к ясным результатам. Некоторые авторы настаивают на существовании „кровяных кризисов“, с уменьшением красных и увеличением белых кровяных шариков. Неопределенные результаты дали исследования свертываемости крови, оседаемости эритроцитов и т. д. В острых стадиях заболевания часто обнаруживаются усиленное выделение азота, фосфора, серы, мочевины, мочевой кислоты, пуриновых оснований; не исключено, впрочем, что это находится в связи с недостаточным питанием в состоянии возбуждения. В хронических стадиях находят, наоборот, задержку азота и фосфора. В кататоническом ступоре имеется понижение газообмена. Б у с к а и н о (Buscaino) находит в моче у шизофреников „черную реакцию“ (осадок от азотнокислого серебра); специфичность этой реакции оспаривается. В ряде случаев наблюдается увеличение или же колебания размеров щитовидной железы, иногда комбинации с пучеглазием, дрожанием. Очень часто, особенно в начальном стадии, имеется расстройство функции половых желез: аменоррея и т. д.

Клинические формы шизофрении. Многообразие и пестрота симптомов при шизофрении сделали необходимым выделение нескольких клинических форм, которые, впрочем, чаще переплетаются между собой.

1. *Простая шизофрения* или *Dementia simplex*, названная простой потому, что она характеризуется наличием преимущественно основных симптомов, в первую голову эмоциональ-

ной тупостью, равнодушием, добавочные же симптомы, если они имеются, занимают очень незначительное место в картине заболевания. При этой форме мы наблюдаем постепенное оскудевание и опустошение психической жизни при отсутствии сознания болезни. Это заболевание представляет между прочим большой педагогический интерес. Обнаруживаемые дефекты очень часто принимаются родителями, воспитателями за признаки дурного поведения, лени. Болезнь начинается чаще всего в период полового развития. Ученики, отличавшиеся хорошими, а иногда ■ выдающимися способностями, начинают неожиданно отставать от своих товарищей. Они становятся рассеянными, отмечается слабость суждения и разорванность процессов представления. Одни больные пытаются преодолеть появившиеся затруднения усиленным прилежанием; другие замыкаются, облениваются и — чем нередко дебютирует эта форма — становятся тупо равнодушными ко всему, иногда злобно раздражительными. Часто эмоциональное равнодушие проявляется прежде всего по отношению к близким и родным. Исчезает честолюбие, больной живет без всяких планов, перспектив на будущее. Формальное мышление при этом сохранено, память не нарушена, но благодаря отсутствию импульсов больные не в состоянии двигаться вперед и очень скоро приносят серьезные разочарования окружающим. Тем из них, кому удастся несколько приспособиться, все же приходится на социальной лестнице занять место на несколько ступеней ниже. Часть больных опускается, живет дома в качестве паразитов-чудаков, часть уходит в бродяжничество, проституцию, алкоголизм. Эта болезнь развивается медленно, в течение ряда лет и в некоторых случаях может перейти в более тяжелую форму и закончиться глубоким слабоумием. Простая шизофрения является очень распространенным заболеванием; многие из этих больных, которых принимают за чудаков, психопатов, неврастеников, не попадают в руки психиатров.

2. *Гебефрения* (Hebos — юношеский возраст). Гебефрения — это заболевание юношеского возраста, характеризуется прежде всего разорванностью мышления и аффектов, а также поведением, напоминающим отчасти поведение в пубертатном возрасте. Это заболевание начинается исподволь, часто с нервных жалоб (головные боли, утомляемость) и обманов чувств, иногда же (это бывает и при других формах) с навязчивых представлений (должны мыться без конца, не должны дотрагиваться до ручек дверей и т. д.). Картина болезни более пестра, чем при простой шизофрении. Нередко развиваются преходящие состояния депрессии, появляются ипохондрические идеи, иногда абсурдного

содержания (у больного нет мозга ■ т. п.), идеи самоубийства, идеи преследования и реже идеи величия. Характерным признаком считается состояние ясного сознания, отсутствие нарушений со стороны памяти, разорванность ассоциаций, расщепление между идеями и аффектами и эмоциональная тупость. Чрезвычайно демонстративно поведение больных. Они замыкаются, теряют интерес к окружающим, своему делу, внешне опускаются. Сюда присоединяются детски-бесцельные поступки: бросают камни в прохожих, кормят куклу чаем и т. д. Больные манерничают, гримасничают. Веселое настроение, которое наблюдается у них, имеет „дурашливый“ оттенок, не заражает окружающих. Отмечается большое непостоянство. Больные куда-то уходят, постоянно меняют место, занятия и т. д. Манерность поведения отражается и в речи и в письме: пишут любовные письма на трех языках сразу и т. п. Больные то замкнуты, то иногда неожиданно становятся доступными, ласковыми.



Рис. 21. Кататонический ступор (собств. набл.).

3. *Кататония* (напряжение мышц). Кататония характеризуется тем, что на первый план выступает сочетание своеобразного кататонического возбуждения и ступора, с явлениями негативизма, стереотипии, импульсивности, нелепости поведения и внушаемости в области выразительных движений и поступков. Эта форма обычно развивается подостро, начинаясь депрессивным состоянием, ипохондрическими идеями, слуховыми и зрительными галлюцинациями. В начальной стадии иногда не легко бывает разграничить эту форму от маниакально-депрессивного психоза. Депрессия как правило переходит затем в ступор, сменяющийся впоследствии возбуждением. Если же начальной депрессии не

имеется, то болезнь прямо дебютирует возбуждением. Кататоническое возбуждение проявляется в гиперкинезии, в автоматических и стереотипных движениях, вербигерации, эхопраксии, эхолалии, негативизме.

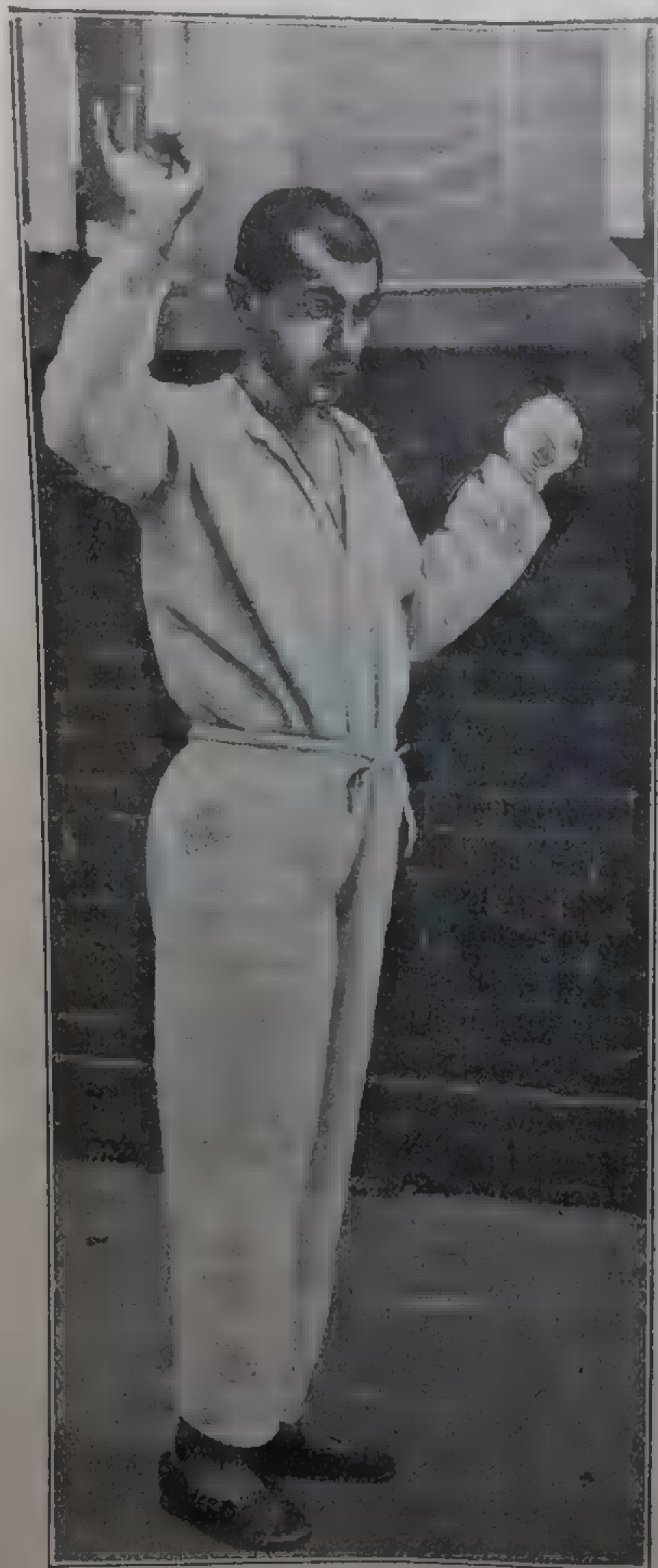


Рис. 22. Симптом хоботка у кататоника (собств. набл.).

Поведение больного иногда напоминает тяжелые формы истерии, и недаром старые психиатры говорили, что „чем истеричнее выглядит истерия, тем вероятнее, что мы имеем дело с ранним слабоумием“. При резком возбуждении больные становятся неопрятны калом, агрессивны, бьют головой о стену и т. д. Весьма характерно при этом, что в отличие от маниакальных больных они передвигаются по небольшому участку, мы говорим о так наз. стремлении к движениям и отличие от стремления к деятельности маниакальных больных. Весьма важным считается то обстоятельство, что поведение больного мало связано с его настроением, представлениями. Кататонический ступор, помимо автоматической подчиняемости (каталепсия, эхолалия, эхопраксия), характеризуется негативизмом, мутизмом, отказом от пищи, задержкой кала и мочи, больные иногда упорно не желают пользоваться уборной. При попытке вывести из ступора и изменить непо-

движное положение, в котором они пребывают часы, дни, недели, больные резко сопротивляются, напрягают все свои мышцы (отсюда название кататония). У части больных от несменяемого по-

ложения могут образоваться контрактуры, пролежни и т. п. У некоторых больных наблюдается симптом хоботка, когда рот спазматически вытянут вперед. Походка, движения скованы, медленны. В связи со сходством многих из этих симптомов с явлениями при эпидемическом энцефалите ряд авторов пытается кататонические симптомы объяснить не психологическим путем, а физиологическим — расстройством подкорковых узлов.

Несмотря на внешние различия, кататоническое возбуждение и ступор имеют много общего между собой, и неудивительно, что больные неожиданно переходят из одного состояния в другое, иногда же мы видим смешанные состояния. Возбуждение держится сравнительно недолго, ступор же может длиться годы. Внезапные переходы от ступора к возбуждению могут повлечь неприятные последствия, что надо учитывать при уходе за больным.

Сознание значительно менее нарушено, чем это может показаться. Иногда, на высоте возбуждения или ступора, больные проявляют хорошую ориентирован-

ность и в дальнейшем помнят, что с ними было. Временами имеется сознание болезни, но недостаточно полное, причем больные относятся к своему состоянию совершенно безразлично.

Ввиду большого разнообразия симптомов при кататонии уместно отметить, что наибольшей специфичностью обладают симптомы негативизма и манерничания, между тем как каталепсия, эхопраксия, эхолалия встречаются при экзогенных формах заболевания и даже при маниакально-депрессивном психозе и истерии.

4. *Параноидная форма* (*Dementia paranoides*) характеризуется прежде всего наличием бредовых идей и галлюцинаций при ясном сознании. Эта форма развивается обычно в более



Рис. 23. Кифоз от стойкой позы при кататонии (по Блейлеру).

позднем возрасте, после 30 лет. Здесь нет депрессивного начала, болезнь, как правило, начинается с бреда отношения (на улице, в газетах говорят о больном и т. п.), с идей преследования, с конфабуляций, бреда воздействия (больного гипнотизируют, воздействуют на его половые органы электричеством и т. п.), ипохондрических идей, реже бреда величия. Важно, что бредовые идеи здесь обычно без всякой системы и часто совершенно бессмысленны. Слуховые галлюцинации неприятного содержания; очень часто имеются галлюцинации обоняния. Настроение без ясно выраженного аффекта, поведение и речь манерны, склонность к неологизмам, тирадам и т. д. Кроме этой формы — *Dementia paranoidea gravis* с резким расщеплением психики, Крепелин различает еще *Dementia paranoidea mitis*, где на первом плане стоят галлюцинации, ядро же личности менее разрушено.

5. *Циркулярная форма*, протекающая под видом маниакальных и депрессивных приступов, с относительно хорошими ремиссиями, при наличии основных симптомов шизофрении и исхода в слабоумие. Интересно, что при этой форме мы часто наблюдаем пикническое строение тела, характерное для маниакально-депрессивного психоза, с чем, может быть, и связано до известной степени течение этого заболевания и относительно благоприятный исход.

6. *Речевая спутанность* (Крепелин) или *шизофазия* (Блейлер) с расстройством речи, достигающим до „словесного салата“; при этой форме значительно меньше страдают другие функции, вследствие чего больные сохраняют иногда способность к элементарной работе ¹⁾.

Течение при шизофрении разнообразно. В части случаев процесс развивается очень медленно, иногда же в течение нескольких недель или месяцев может наступить полная картина слабоумия; обычно это происходит в течение 2—3 лет. Около 13% больных дают ремиссию, не превышающую в среднем 3 лет. Более благоприятное течение имеют циркулярные формы шизофрении, которые сочетаются с пикническим строением тела. Здесь ремиссии довольно прочные, причем у многих восстанавливается работоспособность; характерологически наблюдаются черты „циклоидного круга“, менее выражен аутизм, большее участие в окружающей жизни и т. д.

¹⁾ Клод (Claude) различает: *dementia praecox* (первичный процесс ведущий к слабоумию) и конституциональные психозы — шизофрению (слабоумие является вторичным расщеплений) и шизоманию (с аутизмом и эмоциональной вялостью, но без слабоумия).

Прогноз. По данным Крепелина, 8% гебефреников ■ 13% кататоников дают излечение, параноидные же формы никогда не дают выздоровления; прогноз тем хуже, чем больше расстроено мышление. Когда мы говорим здесь об излечении, то имеется в виду излечение с дефектами (излечение в социальном смысле). Плохой прогноз там, где с детства отмечаются аномалии характера и поведения.

Исход. Больные умирают чаще всего от косвенных причин (самоизувечение, туберкулез и т. д.). В 1% случаев мы имеем смерть от набухания мозга. Часть больных во время ремиссии в состоянии производить несложную работу, несмотря на ряд дефектов в эмоционально-волевой сфере и интеллекте. У большинства больных процесс постепенно ведет к так наз. исходному состоянию. Крепелин различает ряд синдромов исходного состояния: простое слабоумие с дефектами эмоциональной сферы, при сохранении некоторой работоспособности, галлюцинаторное слабоумие, когда прибавляются еще галлюцинации, *Dementia praecox mitis* с многообразными бредовыми идеями и галлюцинациями, слабоумие с разорванностью мышления, тупое слабоумие, дурашливость, манерность, негативистическое слабоумие. Во всех этих видах слабоумия преобладают явления аффективной тупости. Формальный интеллект нарушен значительно меньше, поражает непостоянство интеллектуальных функций: больной не в состоянии сосчитать 3 и 5, а через момент он может дать ответ на сложные арифметические задачи.

Патологическая анатомия шизофрении не может считаться в настоящее время достаточно разработанной; хотя во всех случаях этой болезни имеются те или иные изменения в мозговой ткани, но эти изменения не настолько характерны и специфичны, чтобы они позволяли ставить точный посмертный анатомический диагноз. Прежде всего при шизофрении иногда имеется ряд особенностей, которые указывают на задержку развития мозга (двухъядерные клетки Пуркинье, клетки Кахаля в 1-м слое коры и пр.). Важнейшие изменения при шизофрении носят дегенеративный характер; мезодерма остается неизменной, воспалительных явлений не наблюдается. Изменения нервных элементов обнаруживаются в виде различных типов заболевания клеток: склероз, жировое перерождение, липоидный склероз, вакуолизация, наконец, полный распад клеток, в результате которого получают мелкие очаги запустения в коре; такие очаги запустения до некоторой степени нарушают архитектуру. Фибриллярный аппарат нервных элементов поражается в меньшей степени. Еще менее обычны для шизофрении поражения нервных волокон — лишь в некоторых тяжелых

случаях разрушаются тангенциальные волокна. Изменения глии, как прогрессивные, так ■ регрессивные, бывают при шизофрении постоянно. Наблюдаются: гипертрофия глиозных клеток, увеличение числа ядер, образование глиозных скоплений, усиление образования глиозных волокон; особенно резко размножение глии в очагах запустения коры, где глиозная ткань заменяет выпавшие нервные элементы. В острых случаях при кататонических припадках и резких приступах возбуждения отмечается амебоидное превращение глии, которое наблюдается и при других острых тяжелых мозговых поражениях (напр., при эпилептическом статусе) и которое является субстратом так наз. набухания мозга. Разрушение нервной ткани влечет за собой скопление продуктов распада, которые откладываются около сосудов и вызывают разрастание элементов сосудистых стенок, как следствие их раздражения этими продуктами; получающееся таким образом поражение сосудов является вторичным, не имеющим прямого отношения к шизофреническому процессу. Изменения при шизофрении констатируются во всех частях коры и ■ подкорковых узлах, но преимущественные поражения находят в лобных и височных долях. Из всех слоев коры наиболее выражены изменения в 3-м и отчасти в 5-м слоях. Кроме того, при шизофрении часто наблюдаются изменения *plexus chorioideus* [Монаков (Monakow)].

Этиология и патогенез. Этиологию шизофрении надо считать далеко еще не установленной. Болезнь эта распространена во всем мире, среди всех возрастов (чаще всего между 15—25 годами). Кроме обычной шизофрении выделяют еще *Dementia praecoxissima* раннего детства, а также позднюю кататонию. Следует поэтому предположить, что причина этого заболевания зависит от условий, имеющихсЯ везде. Одним из таких условий является наследственное предрасположение, причем очень часто заболевание шизофренией наблюдается не у родителей больных, а по боковым линиям (дяди, тетки и т. д.). Это обстоятельство указывает, что шизофрения передается по наследству, как рецессивный признак. Впрочем, нельзя удовлетвориться наличием простых рецессивных свойств; этому противоречит тот факт, что число заболеваний в семьях шизофреников меньшее, чем теоретически можно было бы ожидать; по закону Менделя они должны бы составлять четвертую часть. Рюдин (Rüdin), на основании генеалогических данных, приходит к заключению, что для появления шизофрении необходимо сочетание двух наследственных признаков, причем оба эти признака рецессивные. Сюда прибавляется еще влияние экзогенных факторов; не исключено, что тщательное изу-

чение этих условий делает ненужным предположение о двух наследственных признаках. Возможно, что мы здесь имеем отношения, аналогичные тем, которые наблюдаются при туберкулезе, резкие формы которого получаются при условии сочетания наследственного отягощения и вредных экзогенных факторов. Далее, в семьях наших больных нередко наблюдается не только шизофрения, но и другие психические и соматические болезни, в том числе сифилис, туберкулез, которым некоторые придают большое этиологическое значение. Так или иначе, но надо думать, что в этиологии шизофрении может иметь определенное значение повреждение зачатка. С большой осторожностью следует оценивать значение таких факторов, которые играют роль провоцирующих агентов, как психические и физические травмы, в частности пребывание в тюрьме.

Значительно шире раздвинулись рамки вопроса о наследственности, когда в последнее время усилиями Кречмера и др. стали изучать не только шизофренические психозы, но и характер до заболевания, так наз. шизоидный характер, препсихотическую личность. Если далеко не все больные (только 50—60%) являются обладателями шизоидного характера, шизоидной конституции (см. психопатии), то зато очень многие из родственников этих больных обладают такого рода конституцией, иногда даже резко выраженной. Следует иметь в виду, что в части случаев шизоидные черты являются проявлениями исподволь развивающегося процесса, начало которого надо отнести к самому раннему детству. Некоторые авторы стоят на той точке зрения, что шизоидного характера вообще не существует, а что во всех случаях это есть abortивно выраженный процесс, остановившийся в своем развитии. Этот очень трудный и спорный вопрос ждет еще своего разрешения. В некоторых случаях шизофрения развивается у субъектов неполноценных (олигофренов)—это так называемая привитая шизофрения. Не исключена возможность, что препсихотическая неполноценность произошла от протекшего в раннем возрасте приступа шизофрении.

По Кречмеру предрасполагающим моментом является не только характер, но и соматическая конституция, выражающаяся в специальном строении тела. Как показал материал из 4000 случаев шизофрении (Кречмер и др.), 61% имеет лептозомное и атлетическое телосложение, 11,3% — диспластическое и лишь 12,8% — пикническое. Что касается диспластиков, то это, главным образом, дисгенитальные варианты (евнухоидизм, маскулинизм, феминизм, инфантилизм, дисгландулярное ожирение,

акромегалоидия). Напомним здесь, что те формы шизофрении, которые сочетаются с пикническим строением тела, имеют более благоприятное течение и характеризуются чертами „циклоидного круга“.

Вопрос о сущности шизофрении надо считать далеко еще невыясненным. Вопрос этот тем более труден, что едва ли все относимые к шизофрении случаи можно считать одного происхождения. В последнее время ряд авторов отстаивает эндокринное происхождение этого заболевания. В пользу этой теории говорит, прежде всего, тот факт, что при шизофрении, чаще, чем при других заболеваниях, дебют болезни совпадает с периодом полового развития, реже с климаксом; беременность, послеродовой и лактационный период служат также нередко моментами возникновения или ухудшения течения шизофрении. Вначале заболевания, а иногда за несколько месяцев до начала, наблюдаются расстройства менструации (аменореи, дисменореи). Наконец, указывают на сходство между шизофреническими симптомами и некоторыми чертами пубертатной психики. Все это привело к предположению о патогенетическом значении эндокринных расстройств, в частности расстройств функции половых желез. Считаем уместным тут же отметить, что в настоящее время факт исключительного влияния половых желез на процессы полового развития подвергнут сомнению. Эндокринная теория получила подкрепление в работах Кречмера, в которых подчеркиваются дисгландулярный и дисгенитальный характер соматического типа шизофреников, а также особенности сексуального влечения у них. Слабость сексуального влечения проявляется в сексуальной возбудимости, онании, сексуальных перверсиях, в частности в гомосексуальных наклонностях. Любопытно, что между шизофрениками и гомосексуалистами имеется наследственное взаимоотношение. Мотт (Mott) считал, что при шизофрении имеется „первичная регрессивная атрофия сперматогенных клеток и примордиальных фолликулов“. Между тем, параллельные исследования половых желез показали, что даже у очень старых людей (в одном случае 81 г.) сперматогенез был сохранен. Кроме того, отмечено, что у шизофреников testes меньшей величины, чем у психически здоровых. Очень часто мы находим инфантильно-гипопластические изменения половых органов у больных женщин. Возможно, что расстройства функций половых желез имеют серьезное патопластическое влияние на картину болезни, патогенетическое же их значение опровергается рядом фактов: терапевтическая безрезультатность, а иногда и вред органотерапии и операций по Штейнаху, далее,

существование шизофрении ■ допубертатном возрасте и, наконец, то обстоятельство, что кастрация не вызывает шизофреноподобных состояний. Часть авторов считает шизофрению плюригландулярным заболеванием, опираясь на расстройства различных эндокринных желез. Так, весьма нередко мы видим тетаноидные симптомы (повышенная электрическая возбудимость, симптом Хвостека и др.), явления базедовизма, микседемы; указывают на то, что при гебефрении гематологическая картина напоминает гипертиреоз, при кататонии гипотиреоз. Мотт в 26% случаев нашел изменения величины и веса надпочечников, главным образом за счет мозговой части, где клетки оказываются значительно меньше, а в 100% случаев изменения гипофиза (уменьшение эозинофильных клеток, исчезновение базофильных, разрастание соединительной ткани), напоминающие такие же изменения гипофиза при туберкулезе, что необходимо иметь ■ виду при оценке туберкулеза как этиологического фактора шизофрении. Наконец, аналогичные половым железам изменения Мотт находит в Plexus chorioideus, — этом регуляторе внутренней секреции.

Едва ли возможно исчерпать картину патогенеза шизофрении эндокринной теорией. Шизофрения есть церебро-полигландулярное заболевание. За это говорят данные исследования центральной нервной системы, обнаруживающие постоянные поражения в тех или других участках мозга. В настоящее время доминирует взгляд, что дегенеративные изменения мозга и патологические изменения эндокринных желез являются координированными последствиями общей конституциональной неполноценности. Между мозгом и эндокринной системой существует очень сложная цепь взаимоотношений, чем и объясняется пестрота клинических форм шизофрении. Учение об эпидемическом энцефалите опять поставило на очереди вопрос о первичном повреждении центральной нервной системы при шизофрении. Сходство между этими двумя заболеваниями не ограничивается одной лишь моторикой, а касается и ряда вегетативных расстройств. Предположение о первичном поражении мозга подтверждается новыми данными о регулирующем значении подкорковых узлов для эндокринной системы.

На общую картину шизофрении, несомненно, пластическое влияние имеют условия среды, придающие этому заболеванию тот или иной характер, то или иное содержание (влияние профессий на род галлюцинаций, содержание бреда и т. д.).

Несмотря на существование столь убедительных фактов в пользу органического происхождения шизофрении, часть авторов все же относит ее к функциональным заболеваниям. Так, Блейлер указывает, что анатомические данные не

соответствуют тяжести симптомов, что течение многих симптомов зависит исключительно от психических факторов. Исходя из основных понятий аутизма, Блейлер пытается объяснить это заболевание не физиологически, а психологически.

Распознавание может вначале представлять большие затруднения, между тем практически важно диагностировать именно ранние случаи. Начало заболевания может быть самое разнообразное: изменения характера (падение работоспособности, нарастающее безразличие, упадок воли и т. д.), обманы чувств (слуховые и тактильные галлюцинации при ясном сознании), бредовые идеи (особенно ипохондрические ■ параноидные), причем очень быстро обнаруживается расщепление между этими идеями ■ аффектами, немотивированные импульсивные поступки, кататонические симптомы (негативизм, возбуждение, ступор, отказ от пищи и т. д.). В дифференциально-диагностическом отношении на первом месте стоит маниакально-депрессивный психоз, при котором сохраняется живость аффекта, доступность и отсутствует какая бы то ни было степень деградации. Надо иметь в виду, что все симптомы маниакально-депрессивного психоза могут встречаться при шизофрении, специфических же симптомов шизофрении при маниакально-депрессивном психозе не бывает. Все же в последнее время и при маниакально-депрессивном психозе, особенно при смешанных состояниях, стали обращать внимание на наличие кататонических явлений. Из отдельных симптомов при шизофрении наибольшее значение имеет симптом негативизма, но, к сожалению, не всегда удается исключить мотивированное интеллектуальное и эмоциональное противодействие (вследствие страха или заторможенности), вполне напоминающее негативизм. Шизофрения может иметь циркулярное течение и с этой стороны походить на маниакально-депрессивный психоз. Сходство с маниакальным возбуждением может обнаружиться в скачке идей, наблюдаемой и при шизофрении; следует иметь в виду, что только при глубоком помрачении сознания скачка идей у маниакальных больных может носить такой спутанный характер, как при шизофрении. В моторном отношении мы имеем у маниакальных стремление к деятельности, у шизофреников — стремление к движениям. Веселое настроение маниакальных заражает, злобные замечания могут иногда даже задеть; неестественное, немотивированное веселье шизофреника действует отталкивающе, импонирует как грубо болезненное проявление. Меньше затруднений представляет разграничение ступора от депрессивных состояний: здесь заторможенность и ярко выраженный аффект, при шизофрении задержка, тупость аффекта, галлюцинации, бредовые идеи (особенно воздействия) и

лучшая сохранность способности к восприятию. Большие затруднения представляет распознавание от смешанных состояний маниакально-депрессивного психоза (маниакального ступора и пр.) Необходимо руководствоваться наличием аффекта при маниакально-депрессивном психозе, соматическими симптомами при кататоническом ступоре.

Параноидные формы шизофрении приходится различать от паранои, при которой бредовые идеи систематизированы, спаяны с личностью больного, галлюцинации отсутствуют, при шизофрении же бред бессистемен, паразитирует на больном; сохранность аффекта говорит в пользу паранои.

Большое практическое значение в настоящее время приобрело сопоставление с эпидемическим энцефалитом, для которого характерна бессонница или же резкая сонливость, глазные симптомы. В моторных проявлениях оба заболевания имеют много сходного. При энцефалите симптомы каталепсии, акинез всегда сочетаются с ригором (мышечное напряжение), при кататонии же не всегда, почему здесь и нет характерного паркинсоновского выражения лица. Отсутствие покачивания рук при походке более характерно для энцефалита. Очень важным признаком является влияние психики на моторику: при ригидности мышц у энцефалитика установка внимания больного расслабляет мышцы, у кататоника же наоборот. Распознавание от олигофрении см. гл. об олигофрении. При сопоставлении с прогрессивным параличем, сифилисом мозга вопрос решают соматоневрологические данные. Значительные затруднения может представить эпилепсия (см. стр. 279), относительно которой часть авторов думает, что она имеет с шизофренией общие биологические основы. Однако наблюдающиеся при кататонии эпилептиформные припадки появляются спорадически, никогда не бывает status epilepticus. С указанными заболеваниями приходится дифференцировать главным образом кататонические формы шизофрении. Для гебефренической формы большее значение имеет сравнение с эндогенно-функциональными заболеваниями. От истерии, с которой шизофрения может иметь черты сходства (театральность поведения, истероидные припадки), эта последняя отличается понижением аффективной возбудимости. Любопытно, что шизофреники после резкого возбуждения могут сейчас же уснуть, что при истерии невозможно. Далее, в то время как при истерии бессвязные речи, галлюцинации (преимущественно зрительные) наблюдаются лишь в сумеречном состоянии, при расстройстве сознания, они при шизофрении бывают при ясном сознании, причем более характерны здесь слуховые галлюцинации.

Вначале заболевания иногда легко смешать шизофрению с неврастенией, с шизоидной психопатией. Затруднения могут представить реактивные формы заболеваний, протекающие с кататоническими явлениями; здесь важно установить связь реактивного заболевания с психогенным моментом. Наконец, не всегда удастся исключить симуляцию, особенно у арестованных; здесь нередко приходит нам на помощь симптом зрачковых психических рефлексов, отсутствующих у шизофреников и проявляющихся у других больных под влиянием внутреннего напряжения особенно резко.

Лечение и профилактика. Ввиду неясности этиологии шизофрении терапевтические попытки не дали до сих пор никаких результатов. Серьезное значение имеют профилактические мероприятия. В тех случаях, где существуют указания на специальное наследственное отягощение или где имеются начальные симптомы заболевания, важно предоставить больному хорошие общегигиенические условия, целесообразнее жизнь вне города, пребывание на свежем воздухе, хорошее питание, небольшая умственная нагрузка и вообще направление по менее ответственному жизненному пути. При выраженных формах заболевания показано помещение в больницы, так как эти больные могут стать опасными для себя и для окружающих. В отдельных случаях приходится преодолевать отказ от пищи насильственным кормлением зондом и т. п. Весьма целесообразным является рабочая терапия: несложные ремесла, работа на открытом воздухе. Очень важно иметь в виду, что длительное пребывание в больнице может вредно отразиться на больном, способствовать большей деградации. Вот почему необходимо своевременно выписать больного; мы сейчас делаем это значительно чаще, чем раньше и нередко с хорошим результатом. С призрением этих больных бывают большие социальные затруднения: наступающая ремиссия делает необходимым их участие в жизни, в работе, коварный же характер заболевания затрудняет решение вопроса о том, к какой работе больного приспособить.

Сл. 11. Больной Б., 37 лет, служащий, в клинике в 1926 г. 15/IX — 1/XII.

Наследственность. Отец, замкнутый, скрытный, черствый, деспотичный, сухой и требовательный; мать, мягкая, чувствительная, тревожная, заботливая и общительная; дядя по отцовской линии чудака, философ-толстовец, совершенно не приспособлен к практической жизни; тетка 35 л., покончила самоубийством. Один брат больного страдает параноидной формой шизофрении; одна сестра замкнутая, сдержанная, гордая, эгоистичная; один брат в возрасте 24 л. покончил жизнь самоубийством.

А н а м н е з. Развитие больного в детстве правильное. В школе занимался блестяще, выделялся своими способностями по математике. Во взрослом периоде жизни был замкнут, стремился к уединению, был молчалив, серьезен, рассудителен ■ скрытен. Друзей и товарищей не было. Любил во всем порядок. Чуждался женского общества. Принимал деятельное участие в общественно-революционном движении. Был строго принципиален.

С весны 1926 г. вдруг начал проявлять некоторые странности. Стал еще более замкнут; почти перестал вовсе общаться с товарищами. Однажды на предложение одного из них закурить папиросу спросил, почему они смеются над ним. Улегся в кровать и несколько дней ни с кем не разговаривал. Через некоторое время заявил, что его обвиняют ■ растрате общественных денег, за ним следят, с минуты на минуту его должны арестовать, подозрительно осматривался по сторонам. Считал, что за ним следят шпионы Савинкова, все говорят о нем ■ его преступлениях. Покушался на самоубийство, для чего пытался зарезаться бритвой. Был помещен в клинику.

Status psychicus. В клинике мало доступен, подозрителен, рассказывает, что мысль его постепенно разрушается. В голове сразу рой параллельных образов и слов. Его беспрерывно мучает громкое повторение вслух и кража его мыслей. Достаточно ему о чем-нибудь подумать, как мысль тотчас громко раздастся по всему корридору. Например, он подумал: „в деньгах задыхаюсь“. Тотчас это подхватили окружающие его соседи и повторили несколько раз. К общему хору голосов, укравших и повторивших его мысль, присоединилось два знакомых голоса, мужской и женский, которые начали переговариваться между собой ■ своеобразно истолковывать подуманное больным. Говорили, что надо его расстрелять и повесить, он спекулянт, шпион, продал жену. Даже когда он читает газету, ему не дают покоя, комментируя и повторяя его мысли. Иногда их крадут, оставляя его вовсе без слов. Ему слышится, как за стеной кричат: „техника любви“, „гнусное и подлое выражение“, „пировал во время чумы“, „беру вину на себя“, „искупление греха необходимо“, „объект насмешек“.

Иногда голоса ему кричат о половой распущенности, о том, что он сексуально извращен. Голоса навязывают ему мысли, заставляют его думать о посторонних, чуждых, совершенно непонятных ему вещах. Например, заставили его думать о тюрьме, и закричали: „даешь тюрьму“, „валюта — тупик“.

Вокруг него пахнет духами и цветами (обонятельные галлюцинации). Иногда он видит туловище жены, одетое в кожаную куртку. Ни ног, ни головы не видно. На предложение записать все мысли, проносящиеся у него в голове, сначала отказывается, а потом, после долгих уговоров, записывает следующее: „La auge est plus noble que ma veloute. Исключительно я в 20 году. Марья Владимировна моя жена пред совестью, Иоффе и людьми. Марья Владимировна абсолютно не виновна. Alors, il faut fiude, ma fois. C'est dusupportable. Почет и уважение красному профессору. Прощай Политехнический Институт. Партийной валютой задыхаюсь. Партийная валюта — доминанта. Умоляю Бухарина и Рыкова пощадить Марью Владимировну. Sol er lign in Kreink. Wi a president fun Kitai. Пес Булак Балаховича. Лавина преступления растаяла, как снег. Валюта задушит“ и т. д.

Высказывания никакими мимическими движениями не сопровождаются. Угрюм, покоен, ни с кем не общается.

St. physics. Тип сложения астенический. Профиль угловой. Со стороны внутренних органов никаких особенностей. Патологических симптомов со стороны зрачков, рефлексов и пр. нет. Ясно выраженная *flexibilitas cerea* (восковая гибкость).

ПАРАФРЕНИЯ.

Парафрения принадлежит к эндогенным заболеваниям, связанным с бредообразованием, близким к параноидной форме шизофрении, от которой она отличается тем, что не ведет к распаду личности, что расстройства аффектов и воли значительно слабее, что нет разорванности мышления, нет кататонических симптомов. Впрочем, вначале заболевания строгое различие затруднено. Выделение парафрений как обособленной формы надо считать провизорным, так как принципиальное различие между нею и шизофренией, при незнании этиологии патогенеза и биологических основ этих болезней, еще не доказано. Общность этих двух форм заключается в том, что обе они являются процессами и притом близкими в отношении наследственности.

Болезнь начинается обычно с раздражительности, нарастающей подозрительности, ведущей очень скоро к идеям отношения. На фоне слуховых галлюцинаций, галлюцинаций осязания, конфабуляций развивается система бреда преследования и величия. Настроение вначале напряженное, с появлением идей величия возвышенно-самоуверенное. Чем резче развивается бред, тем больше влияния он оказывает на поведение. В общем, поведение больных долгое время не бросается в глаза. Работоспособность сохранена и только после многих лет появляются странности, непонятные построения речи, но все же нет самостоятельных расстройств воли, нет аффективной тупости, нет распада личности.

К р е п е л и н, выделивший парафрению, как обособленную форму, различает следующие группы:

1) **Парафрения систематизированная** (соответствует параное Маньяна: *delire chronique à evolution systematique*), образующая главную группу парафрений. Болезнь развивается исподволь, в виде бреда преследования, а позже бреда величия. В своей подозрительности больные замыкаются, поведение их диктуется бредовыми идеями, они меняют места службы, уезжают от своих преследователей и т. п. Иногда лишь через несколько лет появляются слуховые галлюцинации, подкрепляемые конфабуляциями (при хорошей памяти). Еще позже появляются идеи величия (больные очень богаты, имеют огромный успех у женщин, занимают высокое положение, они — ставленники бога и т. д.), которые переплетаются с идеями преследования. Настроение, в начальном периоде несколько подавленное, приобретает, в связи с бредовыми идеями величия, оттенок самоуверенности, иронии. Поведение, которое в

первое время зависит от бредовых идей, может впоследствии стать совершенно непонятным. *Течение* медленное, изменения личности развиваются постепенно, но даже по прошествии 20—30 лет больные сохраняют эмоциональную живость, ориентированность. Начало заболевания, как и вообще всех болезненных форм, связанных с бредообразованием, относительно позднее, обычно между 30—40 годами. *Распознавание* касается главным образом шизофрении и параной. От шизофрении парафрения отличается поздним появлением галлюцинаций (когда бредовые идеи уже давно налицо), эмоциональной живостью, отсутствием самостоятельных расстройств воли (кататонические явления и др.) и относительно правильным поведением. Параноя отличается тем, что при ней нет элементов процесса, что бредовые идеи больше систематизированы, галлюцинации — на заднем плане. *Лечение* неизвестно. Помещение в больницу показано только в крайнем случае, так как больные вследствие живости аффекта очень страдают от пребывания в закрытых учреждениях.

2) **Парафрения экспансивная** характеризуется пышным развитием бреда величия, большею частью эротического или религиозного характера, приподнятым настроением, легким возбуждением. Развитие болезни идет быстрее, чем при предыдущей форме. Большую роль играют зрительные галлюцинации. Картина болезни может напомнить маниакальное возбуждение, истерию. Встречается чаще у женщин (между 35—50 годами). При этой форме нередко отмечается пикническое строение тела, чем и возможно объяснить гипоманиакальную окраску заболевания.

3) **Парафрения конфабуляторная**, с конфабуляциями на первом плане. Больной при ясном сознании рассказывает о неимевших места в прошлом преследованиях или же о том, как его возвеличивали. Встречается одинаково часто у обоих полов.

4) **Парафрения фантастическая** характеризуется довольно быстрым развитием изменчивых, противоречивых, бессмысленно-фантастических бредовых идей, аффективно слабо окрашенных, нередко на фоне общего депрессивного настроения; эти явления не мешают, впрочем, продолжать работу. Очень часто наблюдаются галлюцинации общего чувства с бредом воздействия. К концу болезни — склонность к неологизмам. Сознание сохранено. Эта форма дает нередко длительные ремиссии. Встречается чаще у мужчин.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ.

Маниакально-депрессивный (или циркулярный) психоз относится к группе функциональных болезней ■ представляет **эндогенное** (т. е. вызванное внутренними причинами) **конституциональное** заболевание, протекающее преимущественно ■ виде **периодических приступов, фаз**. В промежутки между приступами — так наз. **светлые промежутки** (*intervalla lucida*) — больной клинически совершенно здоров. В противоположность болезненным процессам (в частности шизофрении), болезнь эта не ведет к слабоумию. Название „маниакально-депрессивный психоз„ объясняется тем, что в течение этой болезни у одного и того же субъекта могут иметь место приступы как маниакальные, так ■ депрессивные. До Крепелина маниакальные и депрессивные формы („мания“, „меланхолия“) считались самостоятельными, не имевшими ничего общего между собой. И только Крепелин связал эти, кажущиеся на первый взгляд полярно противоположными, формы в одну нозологическую единицу. Существование такой нозологической единицы стало совершенно бесспорным, когда Крепелину удалось вскрыть картину так. наз. **смешанного состояния**, когда у больного ■ одно и то же время наблюдаются симптомы как маниакальной, так и депрессивной фазы.

Симптоматология. О состоянии психики мы будем говорить отдельно для каждой из фаз.

А. Маниакальная фаза. Маниакальный приступ характеризуется прежде всего триадой симптомов: повышенным настроением, интеллектуальным и психомоторным возбуждением. **Повышенное настроение.** Больные в таком радостном состоянии, что боятся, что не хватит дня, чтобы „использовать все красоты жизни“; в воспоминаниях только прекрасное, будущее — в розовых красках. Полны планов, остроумны. На фоне доминирующего веселого настроения — и это весьма характерно — могут появиться нотки грусти, раздражительность, гневливость.

Интеллектуальное возбуждение проявляется в очень быстрой смене идей, представлений. Эта быстрота частично объясняется тем, что в мышлении нет должного контроля со стороны „руководящих представлений“ (см. общая часть), нет отбора ассоциативного материала, сочетание ассоциаций происходит больше по внешним признакам, по внешнему сходству, по созвучию, чем по внутреннему содержанию; отсюда поверхностность мышления, симптом скачки идей, приводящей в редких случаях к спутанности. Об „упорядоченном вихре идей“ (Вер-



Рис. 24. Маниакальная больная (по Бумке).

нике) говорят тогда, когда в речи больного можно уловить основную тему. Для объяснения симптоматики „скачки идей“ надо обратиться к нормальной психологии. Так, у психически здоровых людей, в связи с возбуждением и расстройством внимания, мы наблюдаем этот же симптом: в связи с переутомлением перед засыпанием мысли „как бы уносятся“. При маниакальном возбуждении этот симптом связан не с ослаблением внимания, восприятия (наоборот, здесь как у детей внимание обострено, они все быстро замечают), а с непрочностью, неустойчивостью внимания, с так наз. отвлекаемостью. Любопытно, что время

реакции ■ ассоциативном эксперименте у маниакальных больных оказывается, вопреки кажущемуся впечатлению, удлиненных (Ашаффенбург ■ др.). Это противоречие объясняется несовершенством эксперимента, что обнаруживается и на здоровом



Рис. 25. „Пышно“ нарядившаяся маниакальная больная (по Крепелину).

деленный и постоянный симптом триады. Первое место здесь занимает симптом стремления к деятельности. При легкой степени расстройства мы можем наблюдать даже повышение социально-полезных возможностей. С усилением психомоторного возбуждения больной переходит от одного дела к другому (полипрагмазия), ничего не заканчивает. На высоте болезни иногда отмечаются бессмысленные поступки:

■ на патологическом материале. Маниакальный больной должен ■ ответ на слово раздражитель преодолеть побочные представления, которые появляются одновременно с основным, на это уходит время; эксперимент показывает не сколько возникло мыслей, а сколько их высказано испытуемым. Ассоциативный эксперимент со здоровым человеком создает искусственную „скачку идей“: испытуемый должен не думая говорить, что приходит в голову. Это искусственно уплощает мышление. Такое уплощенное мышление и характерно для маниакальных больных.

Психомоторное возбуждение (мы говорим психомоторное в отличие от гиперкинезов чисто неврологического характера) — самый опре-

жена зашивает наглухо рукава у своего мужа; портной накладывает на черный фрак белые нитки и т. п. Больные становятся часто эротичны, циничны. Если возбуждение принимает очень резкий характер и поступки теряют всякую видимую и понятную цель, мы говорим о симптоме неистовства (чаще у женщин). Но ■ в этом состоянии — в отличие от шизофрении, эпилепсии — сохранена некоторая грациозность движений. Кроме возбуждения, мы имеем часто и повышенную возбудимость: иногда достаточно оклика, замечания, чтобы вызвать у больного резкое возбуждение. Стремление к деятельности выражается и в речевом возбуждении с преобладанием ассоциаций по созвучию; больные говорят, кричат до хрипоты. В связи с расстройством внимания следует поставить понижение чувствительности: больные обжигают тело папиросами и т. п. Очень характерно отсутствие чувства усталости и потребности во сне; больные находятся иногда месяцы в непрерывном возбуждении (интересно, что по показаниям эргографа мышечная сила у них понижена). Объяснить этот факт очень трудно; возможно, что имеет значение неточность, некоординированность движений, требующая меньших затрат.

Помимо описанной триады, как на добавочные симптомы надо указать на переоценку собственной личности, гармонирующую с общим настроением и доходящую до бредовых идей величия, но не стойких, не фиксированных. Когда больные натываются на противоречия, противодействия, у них иногда появляются идеи преследования и ущерба. Галлюцинации встречаются редко и то без чувственной ясности, свойственной обманам чувств при шизофрении, алкогольном бреде. Чаще наблюдается иллюзорность толкования, связанная с отвлекаемостью.

Сознание обычно ясное (в более резких случаях слегка помрачено), что важно при распознавании с опьянением. Память сохранена; способность к запоминанию нарушена; нередко ложные воспоминания. Сознание болезни обычно отсутствует. На высоте болезни наблюдается делириозное состояние, с глубоким сноподобным помрачением сознания и фантастической спутанностью, галлюцинациями и бредом; настроение то бурно-веселое, то боязливое, то плаксивое, резко изменчивое. Большей частью при этом наблюдается амнезия.

Б. Депрессивная фаза. Приступы депрессии характеризуются прежде всего триадой симптомов: пониженное настроение, интеллектуальная и психомоторная заторможенность.

Пониженное настроение доходит до подавленности, тоски. Важно отметить, что тоска здесь беспричинная, а часто ■ беспредметная. Будущее мрачно. Очень характерно выражение лица

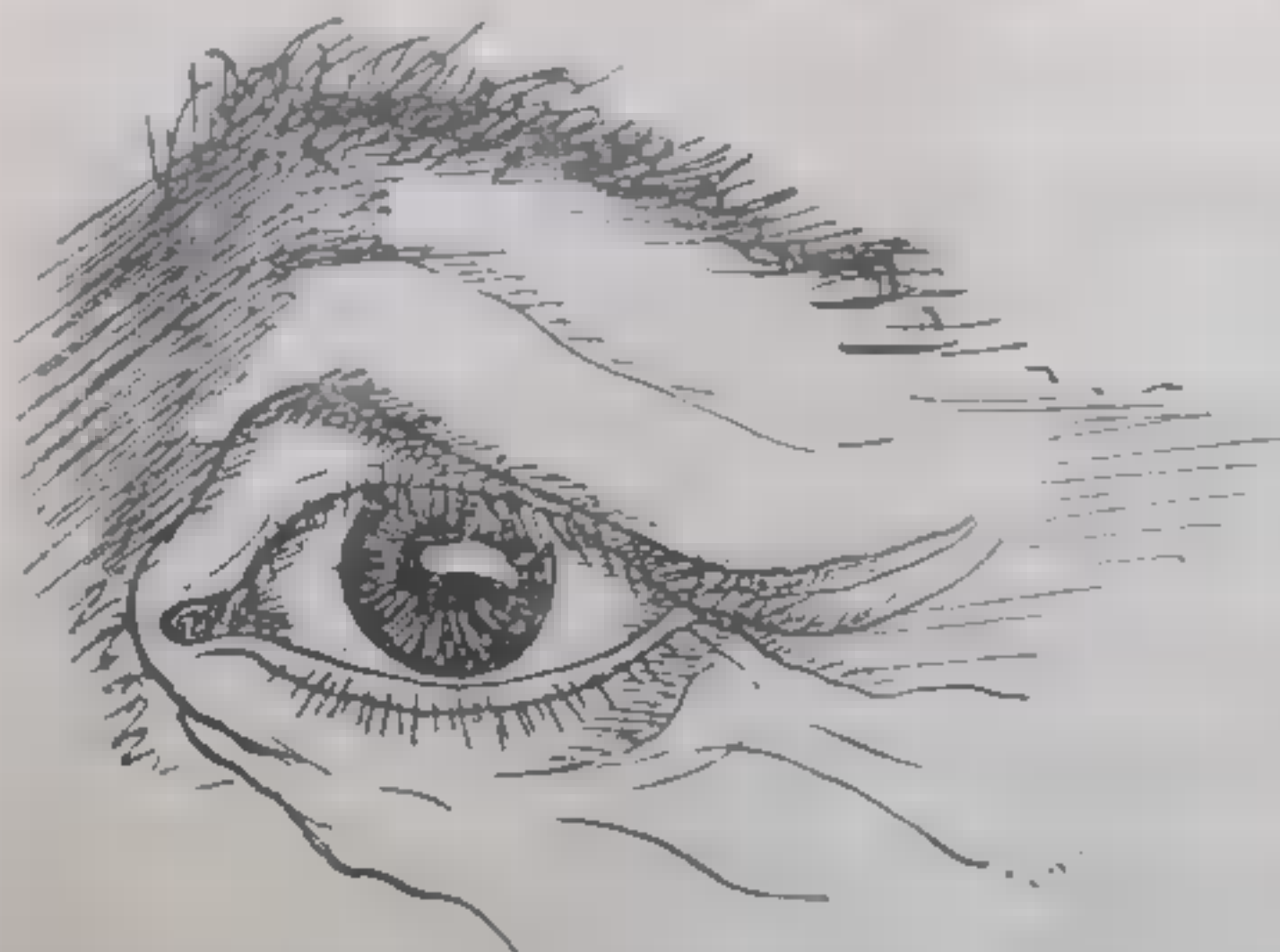


Рис. 26. Симптом Верагута.

этих больных; бледное ■ с печатью угнетенности. Интересным мимическим признаком является то, что кожная складка верхнего века на границе внутренней трети поднята вверх (это признак Верагута (Veraguth)). В тяжелых случаях больные нередко теряют возможность плакать. Иногда в настроении доминируют черты

боязливости, озлобленности, раздражительности, гневливости; такого рода настроение характерно для переходных фаз (от депрессий к мании).

Интеллектуальная заторможенность. Сочетание ассоциаций медленное, больше по содержанию, однообразное. Если у маниакальных больных число ассоциаций по содержанию относилось к числу внешних ассоциаций как 18:81, то здесь отношения обратные: 81:17. Время реакции удлинено в 5 раз. У больных отсутствует инициатива, сильно развито чувство интеллектуальной недостаточности. Нередко наблюдаются навязчивые представления.

Психомоторная заторможенность ■ легких случаях выражается в нерешительности. Движения замедлены, речь медленная, монотонная. Всякое действие вызывает резкое напряжение, причем больной болезненно ощущает свою заторможенность. В более тяжелых случаях заторможенность может дойти до состояния депрессивного ступора.

Если добавочные симптомы не играют большой роли при маниакальной фазе, то здесь они могут доминировать во всей психической картине. На первом плане — бредовые идеи. В самой простой форме они проявляются в



Рис. 27. Депрессия (по Крепелину.)

и похондрических идеях, чаще ■ идеях самообвинения, греховности. Больной недоволен собой, окружающими, он, наоборот, считает, что не заслуживает такого хорошего отношения, недостойн занимать клиническую койку. Самоупреки имеют часто свои основания, но недостаточно серьезные: больной вспоминает, что он когда-то, что-то плохо сделал, „сказал не то“, что был очень легкомыслен (это нередко относится к маниакальным фазам ■ его прошлом). Больной виноват в смерти близкого и т. п. он — симулянт, и если врач этого не видит, то лишь потому, что не представляет себе, что „можно делать такие гадости“. Болезнь его — это наказание за грехи. Иногда к идеям греховности присоединяются параноидные идеи преследования; над больным издеваются и т. д. Как вывод из всего этого состояния — желание умереть, идеи самоубийства, очень частые покушения.

Сознание ясное, в тяжелых случаях слегка помрачено. Отдельно надо выделить редко встречающуюся делириозную группу с глубоким, сноподобным помрачением сознания и группу „фантастической меланхолии“ (Крепелин) с многочисленными галлюцинациями, бредом фантастического содержания и помраченным сознанием: больной попадает в ад, у больного сгнили внутренности, у него нет имени, родины (так наз. нигилистические идеи).

В. Смешанные состояния. При этих состояниях мы имеем разнообразные комбинации из обеих триад маниакальной и депрессивной фазы. Эти состояния могут протекать либо в качестве самостоятельных приступов, либо же проявляться при переходе одной фазы в другую. При этом отдельные симптомы триады переходят в противоположные не одновременно, что и создает смешанное состояние. Если в триаде маниакальной фазы веселое настроение заменим подавленным, то мы получим так наз. депрессивную манию, если озлобленным — гневную манию. Если в триаде депрессивной фазы психомоторную заторможенность заменить возбуждением, то получим картину так наз. ажитированной меланхолии: больные громко стонут, плачут, двигаются без конца и т. д. — картина близка к состоянию страха. Очень интересна картина маниакального ступора, когда в депрессивной фазе подавленное настроение заменено веселым; картина эта напоминает шизофреническую. Если в маниакальной фазе интеллектуальное возбуждение заменено торможением, то мы говорим о „непродуктивной мании“, если же в депрессивной фазе интеллектуальное заторможение заменено возбуждением, то говорят о депрессии, связанной с вихрем

идей. Если, наконец, в маниакальной фазе психомоторное возбуждение заменено торможением, то получается картина заторможенной мании.

Еще чаще мы наблюдаем не смешение симптомов, ■ быстрый переход от депрессивных к маниакальным явлениям. Больные весело что-то рассказывают и вдруг начинают рыдать и т. п.

Помимо описанных выше состояний маниакально-депрессивного психоза, очень часто встречаются легкие формы этой болезни, носящие особое название циклотимии. При этом у больных наблюдаются легкие маниакальные (гипоманиакальные) состояния с повышенным настроением, незначительным возбуждением, суетливостью, непоседливостью или же состояния неглубокой депрессии, с некоторой подавленностью, общей заторможенностью в умственной и двигательной сфере. При циклотимии больные сохраняют свою работоспособность, иногда даже повышенную. Состояния циклотимии нередко принимаются не за болезнь, а за распушенность — при возбуждении, за лень, переутомление — при подавленности.

К маниакально-депрессивному психозу относятся и болезненные состояния, которые, будучи сходными в клинической картине, отличаются от этих фаз менее тяжелым, но более длительным течением. Эти состояния могут наблюдаться между приступами маниакально-депрессивного психоза или же быть единственным проявлением этой болезни при отсутствии резких обострений и приступов. Различают конституциональную депрессию и конституциональную (хроническую) манию.

Конституциональная депрессия характеризуется мрачным аффективным окрашиванием всего опыта жизни. Настроение „пессимистическое“, с трудом принимают решения, боятся ответственности, не доверяют себе, часто винят себя в чем-то (богатый источник — сексуальная сфера), думают о смерти. Это состояние может ухудшаться под влиянием травм. Крепелин нашел у 12% маниакально-депрессивных больных, а также у их родственников такого рода состояния.

Конституциональная мания прямо противоположна депрессивной. Настроение „оптимистическое“, после 10 неудач верят в 11-ю удачу, общительные, не знают трудностей; не знают отдыха, непостоянны в решениях, в действиях, впадают нередко в конфликт с окружающими. Отсюда постепенный переход к норме, к так наз. „солнечным натурам“, с одной стороны, к маниакальным приступам — с другой. У части маниакально-депрессивных больных наблюдается конституциональная раздражительность, соединяющая в себе черты обоих указанных состояний.

Указанные хронические состояния являются переходными от ман-депрессивного психоза к циклоидным психопатиям (см. ниже).

Соматические симптомы. На первом месте по клиническому значению надо поставить вес тела. При депрессиях ■ более тяжелых случаях маниакальной фазы мы всегда имеем падение веса. Этот симптом считается не менее значительным, чем изменение температуры при инфекционных заболеваниях. Очень важно руководствоваться этим симптомом при выписке депрессивных больных, которые нередко диссимулируют, т. е. притворяются здоровыми, чтобы, выписавшись из больницы, покончить с собой. Если имеется улучшение, то мы обязательно должны получить повышение веса. Чем объясняется падение веса наших больных? Мы знаем, что и нормальный человек от неприятностей может похудеть. Для маниакальных больных это похудание зависит от возбуждения, связанного с расходом энергии, для депрессивных — с внутренним беспокойством, упадком аппетита, недостаточным питанием. Трудно объяснить те случаи, когда падение веса предшествует психическим симптомам; возможно, что здесь психические симптомы могли не обнаружиться вовне. Еще менее понятны те случаи, когда нет улучшения в психике, а вес поднимается; Рейхардт говорит об „эндогенном“ изменении веса, связанного с нарушением функций мозга. Увеличение веса, как признак улучшения психического состояния, надо оценивать с большой осторожностью, так как им сопровождается и наступление слабоумия при прогрессивном параличе, шизофрении. Особенно коварно поднятие веса в тех случаях, где имеются ипохондрические и другие бредовые идеи, связанные с аффектами; приходится тогда предположить наличие аффективной тупости (шизофрения и др.).

Сон часто расстроен как при маниакальной, так и депрессивной фазе.

Аппетит у маниакальных больных повышен, но вследствие плохого жевания, спешки еда плохо переваривается; у депрессивных — резкое понижение аппетита.

Обмен веществ, несомненно, нарушен (глюкозурия при депрессии, индиканурия, возможно связанная с расстройством кишечника и др.), но четких данных не получено. Целый ряд изменений в организме свидетельствует об этих нарушениях: хороший тургор кожи, рост волос при гипоманиакальности, сухость кожи, тусклость глаз, отсутствие менструаций при депрессивном состоянии. Нередки явления базедовизма, артериосклероз. Пульс находили раньше при депрессии замедленным, сейчас установлено, что пульс как при депрессии, так и при мании учащен, разница лишь

в его качестве: напряженный при депрессии, мягкий — при маниакальном состоянии. Кровяное давление. Раньше считали, что при мании кровяное давление понижено, при депрессии повышено; сейчас находят повышение для обеих фаз. Для депрессии это ясно, так как мы имеем сужение сосудов, для маниакальной фазы неясно (влияние адреналина?).

Течение. Маниакально-депрессивный психоз чаще встречается у женщин (70%), причем максимум заболеваний относится к 20—25 л. возрасту, а также к 35—40 л.; в этом последнем возрасте преобладают депрессивные формы. По новым статистическим данным в 40% всех случаев маниакально-депрессивного психоза отмечено лишь по одному приступу. Это и дало повод Сербскому выступить против крепелиновской концепции этой болезни. Крепелин возражал, что тщательный катамнез и анамнез во многих из этих случаев может обнаружить и другие приступы, особенно циклотимические, и что, кроме того, больной мог не дожить до следующего приступа. Из периодических приступов 75% выпадают на циркулярную форму (когда сменяются маниакальные и депрессивные приступы), 19% чисто депрессивных приступов и 6% — чисто маниакальных (Крепелин). Так как из указанных выше 75% болезнь в 66% начинается с депрессий, то отсюда ясно какой перевес имеют депрессивные формы, особенно в качестве дебюта заболевания. Число приступов может быть до 10 и больше. Депрессивные приступы, повторяясь, становятся обычно более длительными и тяжелыми; маниакальные же не меняются или даже становятся короче. Если депрессия очень быстро стихает, то следует иметь в виду, что во многих случаях это означает не выздоровление, а переход в маниакальную фазу. Смешанные состояния отличаются длительным, менее благоприятным течением. Средняя длительность приступа — 6—8 месяцев. Так наз. светлые промежутки имеют самую разнообразную длительность, в среднем $1\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ года, но бывают интервалы в несколько недель, с другой стороны — в десятки лет. Промежутки между маниакальными приступами обычно короче, чем при других формах. Менее благоприятное течение имеют те формы маниакально-депрессивного психоза, которые сочетаются не с пикническим строением тела, а с лептозомно-атлетическим (см. этиология).

Прогноз в отношении данного приступа, за исключением тех случаев, когда примешиваются органические наслоения (артериосклероз, сенильные изменения и др.), хороший. Уместно заметить, что маниакально-депрессивный психоз способствует заболеванию артериосклерозом. Но и в отсутствии органического наслоения

многократные приступы оставляют все же следы в виде утомляемости, сонливости, несамостоятельности мышления и т. д. К сожалению, у нас нет объективных данных, мерила, чтобы предсказать длительность данного приступа, срок рецидива. Плохой прогноз можно ставить там, где приступы быстро обрываются или где наблюдаются картины спутанности.

Этиология ■ патогенез. Маниакально-депрессивный психоз составляет 10 — 15% всех поступлений в больницы. Это есть конституциональное эндогенное заболевание, связанное с наследственным фактором. Предрасположение к маниакально-депрессивному психозу и выраженный психоз встречается часто у родителей и детей и нередко даже ■ нескольких поколениях подряд, другими словами, наследуется это заболевание по доминантному признаку [хотя, вероятно, имеется и рецессивный ген (Ю д и н)]. Значительно шире раздвинулись рамки вопроса о наследственности, когда усилиями Кречмера и др. стали изучать не только маниакально-депрессивные психозы, но и так наз. циклоидный характер (см. психопатии), который мы находим в препсихотической личности этих больных, а также у их родственников. Если шизоидная конституция встречается далеко не у всех шизофреников, то, наоборот, циклоидную конституцию можно, при тщательном анамнезе, обнаружить при маниакально-депрессивном психозе почти всегда. Конституциональные механизмы мы находим и в тех случаях, которые часть авторов относит к психогенным реактивным, а не эндогенным заболеваниям, напр., при так наз. реактивной депрессии, возникающей вследствие внешних причин (смерть близкого, несчастная любовь, неудача на экзаменах и т. п.). По Кречмеру, предрасполагающим моментом является не только определенная психическая структура, но и соматическая конституция, выражаясь прежде всего в определенном строении тела. Из 1000 случаев маниакально-депрессивного психоза (по сводным данным) в 66,7% имелось пикническое строение тела и только в 23,6% лептозомы и атлеты. Чрезвычайно поучительно, что пикническая группа относится к классической форме маниакально-депрессивного психоза, лептозомно-атлетическая группа обнаруживает преимущественно атипические формы (слегка негативистическое поведение, более длительное течение).

Вопрос о сущности маниакально-депрессивного психоза приходится считать далеко еще не ясным. Невозможно удовлетвориться общими объяснениями, которыми довольствуются авторы, утверждающие, что маниакально-депрессивный психоз есть обострение препсихотических черт характера, что периодичность про-

цессов возбуждения и торможения свойственна нервной системе, что периодичность (день — ночь ■ т. д.) свойственна природе вообще. Аналогией лишь, хотя ■ очень интересной, является сравнение маниакально-депрессивного психоза с состоянием наркоза, причем маниакальные фазы соответствуют стадии возбуждения при наркозе, депрессивные — стадии торможения (Бехтерев). Чисто анатомические теории а priori не могут нас удовлетворить. Если бы приступы сопровождалась анатомическими изменениями мозга, то следовало бы для разных фаз допустить разные анатомические изменения, к тому же мы знаем, что фазы быстро переходят одна в другую, существуют рядом (так наз. смешанные состояния); кроме того, никаких патолого-анатомических изменений и не находят. Из экстрацеребральных систем, которые ближе всего могут объяснить недостаточность механизмов, регулирующих биотонус, настроение (а к этому ■ общем сводятся расстройства при маниакально-депрессивном психозе), на первое место надо поставить эндокринную систему. (Не следует, впрочем, резко выделять эндокринную систему, так как она сама регулируется нервной системой.) В пользу эндокринной теории говорит ряд убедительных фактов. В наследственности часто отмечается диабет, ожирение, подагра; заболевание маниакально-депрессивным психозом чаще у женщин, более аффективных, больше изнашивающих свой эндокринный аппарат (половые железы, щитовидная железа). Периодичность, столь характерная для маниакально-депрессивного психоза, характерна и для эндокринных расстройств (менструации, зоб, диабет); периодичность объясняется тем, что эндокринный яд вызывает действие по мере его накопления, отсюда паузы. Клинические наблюдения указывают на некоторое сходство между маниакальной фазой и состоянием аффектов у некоторых базедовиков; при маниакально-депрессивном психозе мы встречаем иногда зоб, реже базедову болезнь. Описаны случаи, когда явления базедовизма появлялись только во время приступов и когда депрессивные фазы сопровождались микседематозными явлениями. Ряд авторов связывает глюкозурию, частый артериосклероз с гипер адреналинемией. С другой стороны, изменения психики при базедовой болезни напоминают несколько картину маниакально-депрессивного психоза. Далее, можно еще указать на отношение к половым железам: расстройство менструаций в острые фазы заболевания маниакально-депрессивным психозом, частое совпадение приступов этого психоза с периодом пубертатным, беременности, климакса. Наконец, расстройства обмена веществ (колебания веса, глюкозурия) тоже говорят об участии эндокринной системы.

Можно ли на основании этих данных удовлетвориться одной эндокринной теорией? Ясное дело, что нет. Необходимо иметь в виду ■ соответствующее предрасположение, конституцию как соматическую, так ■ психическую. При такого рода предрасположении и при наличии, следует думать, своеобразной церебральной слабости периодическое накапливание эндокринных ядов и может вести к приступам маниакально-депрессивного психоза. Что касается внешних моментов, условий среды, то их влияние двойное: они служат провоцирующим фактором ■ отношении данного приступа, кроме того, они имеют „пластическое“ влияние на картину заболевания.

Распознавание. При распознавании надо иметь в виду эндогенный характер заболеваний, периодичность, отсутствие деградации. Чаще всего приходится дифференцировать с шизофренией (см. соотв. главу). До известной степени противоречит диагностике шизофрении явно выраженный циклоидный характер. Маниакальный приступ приходится иногда дифференцировать с прогрессивным параличом, с сифилисом мозга (см. соотв. главы); здесь надо иметь в виду соматические симптомы сифилиса мозга, иногда решает вопрос антисифилитическая терапия. При депрессивных приступах может оказаться затруднительным разграничение маниакально-депрессивного психоза от артериосклероза, который самостоятельно может дать сходную картину. Наличие предшествующих приступов решает вопрос в пользу маниакально-депрессивного психоза. Реже приходится маниакально-депрессивный психоз противопоставлять с эпилепсией (см. соотв. главу). Для реактивных депрессий надо отметить, что их течение в значительно большей мере зависит от внешних обстоятельств, чем при эндогенной форме. То же можно сказать и по поводу истерических расстройств. Легкие случаи маниакально-депрессивного психоза приходится иногда дифференцировать с неврастенией: неврастения связана с истощением нервной системы, ее симптомы при отдыхе сглаживаются, чего нет при маниакально-депрессивном психозе, при котором, кроме того, более резко выражены расстройства настроения.

Лечение. Ввиду неясности этиологии каузальной терапии не имеется. Профилактические мероприятия очень важны; сюда относятся: равномерный, более спокойный образ жизни, полное воздержание от алкоголя. Лечение маниакальных больных сводится к устранению внешних раздражителей и постельному режиму; в случае резкого возбуждения уместны длительные ванны. Из лекарственных средств применяют — веронал, люминаль, парaldeгид, скополамин. Большое внимание следует обратить на

питание. При депрессивных приступах необходимо иметь особо тщательный надзор за больным (частые покушения на самоубийство). Здесь тоже применяют с хорошей пользой постельный режим и ванны. При состояниях, связанных со страхом, хорошо давать опий, 3 раза в день по 10 капель на прием, постепенно повышая до 30—40. Ввиду того, что больные часто страдают атонией кишечника, опий же усиливает запор, приходится, где это возможно, прибегать к более дорогому средству — пантопону. Не рекомендуется давать бром, который еще усиливает заторможенность. Правильный надзор и лечение обычно возможно организовать только в специальном лечебном учреждении.

Сл. 12. Больная Т., 30 л., машинистка, замужем, имеет 2 детей.

Отец скончался 60 лет от апоплексии. Матери 58 л., страдает диабетом. В молодости перенесла 2 непродолжительных меланхолических приступа.

Больная родилась в срок. Вскармливалась матерью. Росла и развивалась нормально. Училась хорошо. С 15 лет menses. В этот период жизни она была очень веселой, жизнерадостной, общительной и откровенной. Была центром кружка подруг. Легко и быстро сходилась с ними, заражала всех своей веселостью и разговорчивостью. В возрасте 17 л. начала переживать изредка появлявшиеся и мимолетные колебания настроения. На несколько дней беспричинно становилась грустной и задумчивой. Делалась молчаливой и поговаривала об усталости. Постепенно приступы грусти начали учащаться. Похудела, переживала сильнейшую тоску. Много плакала. Считала себя гнусным и отвратительным человеком. Ее мучения посланы ей в наказание за прежнее легкомысленное поведение. Изредка высказывала и мысли о самоубийстве. С трудом передвигалась и говорила. Занятия пришлось прервать. Такое состояние продолжалось около 4 месяцев после чего настроение начало постепенно улучшаться, стала прибавлять в весе и вскоре совершенно выздоровела.

После болезни ничем не переменилась в характере, критически относилась, к пережитому. Опять стала весела, жизнерадостна. 19 лет, по окончании института, вышла замуж. В то же время поступила на службу. 23-х лет, после родов снова переносит приступ тоски и подавленности, аналогичный предыдущему и отличавшийся от него только большей продолжительностью — 6 месяцев.

В возрасте 30 лет обычное жизнерадостное и веселое настроение больной начало постепенно усиливаться. Появилась бессонница. Усилилась обычная говорливость и подвижность. С легкостью заводила новые знакомства.

В клинике больная чрезвычайно весела и оживлена. Совершенно доступна, проста и естественна в движениях. Забрасывает врача рядом вопросов и требований. Многословна. В рассказе отвлекается от основной темы, быстро перескакивая на другую. Подвижна и деятельна. Бегает по всему отделению, кричит, смеется, поет. Размашистым почерком исписывает множество бумаги. Стремится принарядиться и приукраситься. Кокетлива и очень эротична. Больная пикнического телосложения, с явлениями нерезкого базедовизма. Через 5 месяцев выписана из клиники совершенно здоровой.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ

ПАРАНОЯ.

Учение о параное—это одна из самых интересных и трудных глав психиатрии. Раньше она составляла 70—80% всех поступлений в психиатрические заведения: достаточно было наличия стойкого бреда, чтобы диагностировать параную. Теперь большинство случаев отошло к шизофрении, рамки параной значительно сужены и случаи „настоящей параной“ (Крепелин) составляют только 1% всех поступлений (из них 76% мужчин).

Под параноей мы в настоящее время понимаем такое заболевание, когда при наличии соответствующего предрасположения путем болезненной переработки жизненных событий исподволь развивается непоколебимая бредовая система при полной сохранности и упорядоченности мыслей, воли и действий. Мирозерцание больного приобретает эгоцентрический характер, ■ нем происходит сдвиг отношений между „я“ и „не я“. Отсюда название „параноя“ — „сумасшествие“. Бред вырастает из личности больного, логически прорабатывается, пропитывает целиком психику больного, становится его мирозерцанием, а не паразитирует на нем, не является чем-то чуждым, наносным, как при параноидном бреде шизофреников. Бред от личности параноика неотделим. При параноидной форме шизофрении мы имеем процесс, опустошающий личность, при параное—патологическое развитие личности. Если раньше одни авторы считали, что при параное имеется первичное нарушение интеллекта, другие—что нарушения касаются области аффектов, то Крепелин поставил акцент на характере. Характер у параноиков представляет благодатную почву для бредообразования, которое питается здесь повышенным самомнением и самооценкой, эгоцентризмом, живостью воображения, резкой эмоциональной окраской интеллектуальных процессов и, наконец, чертами дебильности (слабость критики). Крепелин считает, что при параное мы имеем задержку на детской

ступени развития, почему параноики ■ склонны оценивать жизненный опыт произвольно, с личной точки зрения, в соответствии с собственными желаниями ■ опасениями, пренебрегая действительностью. Если сюда прибавить неблагоприятные условия среды и переживания (повод — раздражитель), то в результате и получается бредовое мирозерцание, „сумасшествие“. Кречмер, который смотрит на параною как на „реакцию личности“, говорит, что реакция эта получается лишь в том случае, когда характер ■ переживания подходят друг к другу, как ключ к замку.

Симптоматология. Обманы чувств не играют существенной роли при образовании параноического бреда. Наличие многочисленных слуховых галлюцинаций говорит против параноии. Галлюцинаций в собственном смысле этого слова здесь почти не бывает, зато наблюдаются часто иллюзорные толкования, видения, особенно ночью: звезды, облака, апокалиптические животные и т. п.; больные считают все это сверхъестественным.

Память и способность к запоминанию не нарушены, но очень часто наблюдаются обманы воспоминаний, играющие значительную роль в бредовом изменении и толковании воспоминаний прошлого. События же настоящего служат материалом для бреда отношения. Больные относят к себе посторонние замечания на улице, заметку в газете; даже перемена погоды, полет птицы тоже имеет к нему какое-то непосредственное отношение. Этот симптом (бред интерпретации) имеет свои корни в „суеверии“ здоровых людей. Французские авторы считают источником обманов воспоминаний и бредового толкования „*délire d'imagination*“, склонность к болезненному воображению. И здоровому человеку свойственно строить „воздушные замки“, но параноики считают эти замки непреложной действительностью. Указанные особенности: эгоцентризм и отсутствие критики служат фоном, на котором разворачивается бредообразование, притом в двух направлениях: бред преследования и бред величия.

Бред преследования. Начинается с подозрений, предположений; после некоторого времени развивается целая система бреда. К больному „не так относятся“, подозрительно улыбаются кругом, за ним следят, перехватывают его письма, стремятся опорочить. Вначале это относится к отдельным лицам, а затем в бред вовлекаются чуть и не все окружающие. Больной меняет службы, местожительство, но это не помогает. В отдельных случаях больные от самозащиты переходят к нападению; превращаются в „преследуемых преследовате-

лей", иногда доходят до серьезного столкновения с законом. Отмечаются ■ ипохондрические опасения: больной жалуется, что теряет память и т. д. Настроение раздраженно-возбужденное, аффект живой. С годами бред бледнеет, но все же не исчезает. Близок к бреду преследования бред ревности. Больной замечает, что жена смущенно возвращается домой, на платье подозрительные пятна и т. п. Бред преследования находит серьезное подкрепление ■ обманах воспоминаний (врач будто бы подтверждал правильность его идей, жена созналась „во всем“, приходили неизвестные ■ спрашивали жену и т. д.). Все унижения, обиды компенсируются упрямым самомнением, повышенным самочувствием.

Бред величия. Сообразно с различными человеческими стремлениями бред величия может иметь разные клинические формы. Одна форма — это изобретатели. Неудовлетворенные будничным делом, больные предаются сложнейшим проблемам, частью уже разрешенным наукой (авиация и т. п.), частью неразрешенным (*perpetuum mobile* и др.). Иногда в их изобретениях имеется ядро истины, но естественно, что без предварительных знаний и средств им осуществить своих замыслов не удастся. Иногда они упорно добиваются государственной субсидии. Они свято верят в свою высокую одаренность и всякую неудачу трактуют как временную, обещая „вот-вот“ все удачно сделать. Эта самоуверенность может у них проявиться и в других областях. Так, например, они делают предложение очень богатым дамам, удивляются отказам и считают, что в этом мешают недоброжелатели, завидующие им. Некоторые параноики считают себя благодетелями рода человеческого, хотят улучшить человечество, реформировать общество и т. д. Многие из них приобретают соответствующую осанку: держатся с особым достоинством, носят длинные волосы. Вторая форма — бред высокого происхождения. Для развития этого бреда достаточно бывает самого ничтожного повода. Так, напр., больной усомнился в своих родителях, уловив свое сходство с Наполеоном. Подкрепляется этот бред обманами воспоминаний: больного когда-то украли из замка, он замечает, что к нему относятся особенно почтительно. Больной начинает добиваться своих прав; в этом ему нередко помогают окружающие, которых он сумел убедить в своем высоком происхождении и которые хотят на этом нажиться. Третья форма — религиозный бред. Больные считают себя пророками, святыми и т. д. Этому способствуют своеобразные видения — прозрения, особенно по ночам. У больного упрочивается представление, что он избранник божий. Это питается обманами воспоминаний: 5 лет назад больной предсказал землетрясение, ко-

торое имело место недавно, ■ т. д. Многие занимаются мистикой, теософией. Обладая даром слова, они публично проповедуют, организуют секты и находят последователей. Их врагом часто бывает официальная церковь, с которой они ведут страстную борьбу. Все это — что очень характерно — не мешает им продолжать свои будничные дела. Наконец, последняя форма — эротический бред. Случайный взгляд, встреча, газетное объявление со скрытым смыслом — этого достаточно, чтобы родить в больном уверенность, что в него влюблены. Он делает предложение и отказ считает злостным делом соперников. Все упомянутые формы нередко переплетаются. По поводу этих форм необходимо указать, что указанное деление не есть биологическое, а скорее социологическое, в зависимости от содержания бреда и должно в будущем подвергнуться новой группировке (о попытках этого рода см. „Этиология“).

Настроение связано с тем или другим видом бреда, который имеет тесное отношение к эмоциям. Сознание болезни отсутствует; лишь изредка имеется отдаленное чувство неестественности бреда: „я живу воображением, что это не воображение“. Поведение больного часто естественное, он исполняет свои обычные обязанности, впрочем, занятия вопросами, к которым он не подготовлен, нередко служат помехой.

Течение. Параноя развивается постепенно (и потому мало отражается на общем поведении), реже скачками (сдвигами). Болезнь неизлечима. Система бреда отличается очень большой стойкостью, но эмоциональная окраска с годами бледнеет, бред тогда меньше отражается на поведении. Существование „врожденной“ параной, ведущей свое начало с раннего детства, не доказано: возможно, что здесь просто имеются заблуждения воспоминаний. Обычно начинается после 30-летнего возраста. К слабоумию не ведет никогда. Больной Крепелина заболел 43 лет, в 90 лет не проявлял слабоумия.

Этиология параной неясна. Спор о том, является ли параноя „болезненным процессом“, или же патологическим развитием личности, склоняется в пользу последнего. Большое разногласие вызывает вопрос, существует ли особое параноическое предрасположение, параноическая конституция. Кречмер полагает, что такого специального предрасположения не имеется: „нет параной, а есть только параноики“. Развитие параной определяется взаимодействием между характером, переживаниями (например, сексуально-этический конфликт: все знают, что больной — мастурбант и пр.) и условиями среды.

Кречмер, ставя акцент на переживаниях, склонен отрицать параною как самостоятельную классификационную единицу, относя ее к типам реакции. Но все же остается часть случаев с определенной параноической конституцией, которые надо отнести к „настоящей“ параное. Если мы здесь, в отличие от Кречмера, ставим большой акцент на характере, а не на переживаниях, то все же, понятно, не исключаем ■ внешнего фактора. Уже то обстоятельство, что параноики заболевают большей частью к 40—45 годам — в биологической фазе, когда организм находится в большей зависимости от внешних влияний, говорит о значении последних. Из этих факторов особенное значение имеют те, где по социальным условиям сочетаются недостаточное признание с повышенной самооценкой (напр., положение народного учителя, гувернантки и т. д.).

Чем же характеризуется параноическая конституция? Ответить на этот вопрос не просто. Основными свойствами параноической личности надо считать эгоцентризм ■ „кривую логику“ (Paralogik). Паралогические особенности мышления параноиков накладывают печать детскости на их интеллектуальные продукции. Кроме того их отличают: эгоизм, честолюбие, склонность к сутяжничеству; далее, аффективная возбудимость и стабильность аффекта (в отличие от лабильности при истерии), раздражительность, впечатлительность, неумение приспособляться, — все это при живой фантазии, самоуверенном суждении.

У части больных отмечаются пессимистические наклонности, не умеют справиться с неприятностями, сознание беспомощности; другие — замкнутые, односторонние, мстительные или же с повышенной чувствительностью, мечтатели, легко ранимые, с повышенной сочувственностью. И, наконец, часть с боязливо-ипохондрическими наклонностями, подозрительностью, фанатичностью взглядов. Эти черты, полные контраста, напоминают шизоидный характер. Не исключено, что часть указанных особенностей является симптомами выраженной болезни.

Каков же биопсихогенез конституции параноика? В этом отношении некоторый свет бросают данные о наследственности. Мы имеем здесь соединение шизоидного предрасположения с маниакально-депрессивным, причем шизоидная конституция и активно-маниакальные тенденции ведут к экспансивной параное, шизоидная конституция и депрессивно-пессимистический темперамент — к сензитивным формам. Есть основание думать, что выявление бредовых реакций зависит от шизоидных компонентов. Часть авторов (Блейлер, Крепелин) говорит о конституционально-сексуальной слабости у параноиков; Фрейд указывает, что параноя — это

бегство гомосексуалиста от своих перверсий; гомосексуальные отклонения при параное отмечены многими (Кречмер и др.).

Распознавание ■ ясно выраженных случаях не представляет затруднений. Дифференциальную диагностику с параноидной формой шизофрении см. в соотв. главе. В отличие от парафрении при параное определеннее ■ раньше выступает на первый план повышенная самооценка, отсутствуют галлюцинации и склонность к деградации. Некоторые затруднения могут представить формы маниакально-депрессивного психоза с богатым бредообразованием, но при параное нет той длительности аффективного напряжения, которая характерна для маниакально-депрессивного психоза.

Лечение носит чисто паллиативный характер. Необходимо заботиться о том, чтобы создать социальную обстановку, в которой было бы меньше поводов для трений. Помещение в больницу — ввиду сохранности аффектов, формального интеллекта — показано лишь в крайнем случае, как мера защиты. Больные дают иногда в больнице резкое ухудшение болезни.

Сл. 13. Больной К., 45 л., ученый лесовод, холост.

Отец больного замкнутый, скрытный, точного логического и абстрактного мышления. Склонный к критике других действий и поступков, спорщик и задира, холодный, сухой, до крайности принципиальный, с повышенной самооценкой, сутяга, Бабка по матери была вечной искательницей истины и правды жизни, всегда поучала окружающих, как по совести жить. Мать — крестьянка, была „устроительницей жизни“, всегда боролась за правду, изобретала особые лекарства из трав и пыталась ими лечить, создала теорию организации здорового, благоустроенного общества на трех своеобразных принципах; имела свою теорию образования свойств человека. Брат больного замкнутый, склонный к оригинальным путям мышления, миропонимание строит на принципах добра, свободы и красоты.

Сам больной в детстве развивался правильно. Мальчиком был жизнерадостным и очень наблюдательным. С детства был очень своеволен. Обладал ярким и живым воображением. В кругу товарищей был диктатором. 9 лет начал интересоваться теорией происхождения гениальных людей. Учился блестяще. Всегда несколько повышено настроен, подвижен и общителен. Юношей он был очень принципиальным, склонным к общественной работе, новаторству, реформам, к оригинальной, своеобразной постановке вопросов; предпочитал идти своим самобытным, самостоятельным путем. Был склонен к разоблачению лжи и обмана. Моралист — он любил поучать других и навязывать свое мнение.

Из-за вопросов справедливости он мог впадать в состояние крайнего раздражения.

В действиях порывистый, нетерпеливый, он в публичных выступлениях нередко впадал в пафос и экстаз — терял чувство окружающего, ощущал удивительную легкость в организме, особую ясность мысли. Охватывало чувство наслаждения, терял представление о времени. Самодовольный, самоуверенный, он ценил себя очень высоко; был властолюбив, любил управлять людьми, командовать. Сексуально был мало возбудим, скорее холоден.

За участие в революционной работе был сослан и ■ ссылке начал изучать экспериментальную психологию и философию. 18 лет, размышляя над вопросом ■ происхождении психической энергии, он создал свою первую теорию зависимости роста первичного вещества от спермы и половой функции. Из этой теории, развивая ее дальше, он сделал выводы о происхождении гениальных людей — мысль, занимавшая его всю жизнь. Арестованный за побег из ссылки и посаженный в тюрьму, он там продолжает свои изыскания ■ устанавливает, что основными двигателями человечества являются питание, размножение и мышление. Освободившись из тюрьмы, он создает поправку ■ системе элементов Менделеева. Создает особую теорию влияния солнца на жизнь человека. Основными считает 4 момента: 1-й — электромагнитные вибрации мирового эфира и солнца и их направление, влияющее на структуру зарождающихся организмов — электромагнитный тонус в момент зачатия, по терминологии больного; 2-й — химический фактор — питание материи ■ момент зачатия; 3-е — социальный фактор — быт матери, и 4-й — психологический фактор — переживания матери в момент зачатия. Таким образом подводился, по мнению больного, нужный фундамент под древнюю астрологическую теорию, окончательно решалась проблема гениальности и создавалась особая философия Солнца — электро-химическая теория космоса. Видел вещие сны, подтверждавшие его особую роль ■ проведении этой теории в жизнь, в предсказании судьбы отдельных людей и человечества в целом. Создает особую, собственную характерологическую теорию зависимости человека от определенной планеты. Устанавливает особые закономерности в движении культур. Задается идеей создания института человекопознания для исследования выдвинутых им положений.

Больной за все это время продолжает исправно служить, аккуратно выполняя свои обязанности. В целях добывания денег для организации института человекопознания он предпринимает торфяные разработки и в процессе работ изобретает особое вещество „торфий“, черную краску из торфа „торфель“. Изобрел также торфофосфат — удобрение из торфа. Запатентовал свои изобретения и повел решительную, но безуспешную борьбу за их практическое применение. В настоящее время его планы на будущее заключаются в следующем: 1) Оформление своего философского мирозерцания для создания системы космоса (физико-химические основы мироздания), 2) создание философско-психологического, научно-практического общества по изучению дарований и способностей человека, 3) организация связи с общественными — иностранными и русскими — учреждениями для выработки единого плана работ в области изучения человека, 4) организация международного института человекопознания, 5) создание особого вещества — „гениель“, которым можно было бы влиять на перерождение душевной жизни человека в сторону создания гениальности. „Гениель“ дал бы возможность предвидения и предсказания мировых событий. Он откроет основные принципы, заложенные в базисе мироздания. Он даст возможность создать совершенного человека „Neohomo“. Это заключительный венец творчества всего человечества, корона дел человеческих.

Со стороны физической никаких резких особенностей. Отсутствие органических неврологических симптомов.

ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ.

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ.

Под психогенными реакциями подразумеваются такие заболевания, которые непосредственно зависят от травмирующего действия на психику разного рода тяжелых и неприятных переживаний, связанных с внешними условиями жизни, с влиянием среды. Нужно иметь при этом в виду, что не всякий психоз, развивающийся после психической травмы, может считаться реактивным. Дело заключается в том, что в ряде различных заболеваний психическая травма имеет значение момента только провоцирующего, ускоряющего или обостряющего развитие заболевания, связанного с совершенно иными причинами; конечно, такие заболевания не могут быть отнесены к психогениям. Их симптомы, течение, исход, патологическая анатомия не зависят от травмирующего момента, бывшего в начале заболевания, а обусловлены лишь нозологической особенностью данной болезни. Совсем иное значение имеет травмирующий момент в развитии настоящей психогенной реакции: здесь и в картине болезни и в ее течении имеется отпечаток определенной зависимости от вредного момента, послужившего исходным пунктом заболевания. Самая длительность и интенсивность расстройства зависит от продолжительности или от прекращения действия вредных моментов. Психогенные реакции, как правило, имеют склонность к обратному развитию, они излечиваются при изменении внешних условий в лучшую сторону. В этой тесной причинной зависимости от внешних моментов заключается один из основных признаков данных заболеваний, определяющих сущность болезни и имеющих первостепенное диагностическое значение. Вторым основным моментом, характеризующим психогению, является предрасположение субъекта, та почва, на которой развивается заболевание. Можно считать, что самое появление психогенной реакции у данного субъекта является до известной степени показателем некоторой психической неустойчивости. Мало того, самый характер заболевания в его внешнем проявлении зависит не только от травмиру-

рующего момента, но и от прелсихотического состояния больного. Одна ■ та же травма (например, при массовых бедствиях) различно действует на разных лиц, вызывая те или иные расстройства психических функций в зависимости от индивидуальных особенностей субъекта. Поток раздражений, исходящих от вредных моментов, нарушает деятельность тех механизмов, которые у данного субъекта являются местом наименьшего сопротивления, вследствие чего мы клинически наблюдаем разнообразные психические и соматические расстройства. При этом следует иметь в виду, что и в норме ■ при патологических условиях вредные моменты, действуя на психику, преимущественно отражаются на механизме эмоций; колебания эмоций представляют из себя своеобразную сигнализацию, выработанную животными на пути филогенетического развития; эмоции являются результатом оценки субъектом его положения в окружающей среде (благоприятного, неблагоприятного, угрожающего и т. п.); в зависимости от эмоций определяется не только внешнее поведение индивидуума, но и внутренняя экономика организма, так как эмоции, с одной стороны, связаны с психическими механизмами (в особенности с психомоторными и вообще активными психическими функциями), с другой—они теснейшим образом связаны с вегетативными функциями, в частности с эндокринной и вазомоторной системами. Таким образом, резкие внешние моменты вызывают в первую очередь эмоциональные расстройства, обычно и доминирующие в симптоматологии психогений. Накопление неотреагированных эмоций нарушает вместе с тем связанные с ними психические и вегетативные механизмы, причем преобладание тех или иных расстройств, как уже упоминалось, зависит от индивидуальных особенностей данного организма. Таким образом психогении представляются лишь патологически подчеркнутыми реакциями на внешние потрясения. Патологическое заострение реакций зависит частью от чрезмерного количества, длительности и силы травмирующих моментов, частью от неполноценности психики, от недостаточной интрапсихической проводимости, причем субъект не в состоянии „пропустить через себя всего тока переживаний“, их отреагировать. Совершенно ясно поэтому, что чем неустойчивее субъект, тем меньше нужно вредных внешних моментов, чтобы вывести его из равновесия, и наоборот. Вследствие этого психопатические личности в первую голову дают психогенные реакции при неблагоприятных условиях. Однако было бы неправильно считать, что психогенные реакции свойственны исключительно психопатам; они бывают и при других формах психической неполно-

ценности (особенно часто у олигофренов, а также у алкоголиков), не исключена также возможность их развития и у субъектов, находящихся в пределах нормальных вариаций; чрезмерное накопление и сила вредных факторов может расшатать ■ здоровую психику, особенно если эти факторы ударяют по чувствительному месту, имеющему особенное значение ■ жизни данной личности. Впрочем, у нормальных субъектов чаще отмечаются не заболевания, доходящие до степени психоза, а психогенные изменения характера.

В общем можно считать, следовательно, что травмирующие влияния среды патологически заостряют особенности психики, свойственной данному субъекту. Отсюда можно было бы сделать вывод, что определенным психопатиям или характерологическим нормальным вариациям должны быть свойственны соответствующие определенные психогенные реакции. Практически, однако, эти соотношения гораздо сложнее. Прежде всего от самого характера травмы, ее внезапного или медленного действия, зависят отчасти проявления тех или иных расстройств; вредный момент может отразиться на психике не прямым путем, а через посредство вегетативных (эндокринных, вазомоторных) изменений; таким образом патологические расстройства могут коснуться таких психических механизмов, которые до травмы совершенно не проявляли видимых аномалий; совокупность отраженных взаимных влияний сложных нервно-психических механизмов может, следовательно, дать картину заболевания, в которой доминируют особенности, не проявлявшиеся данной личностью до заболевания, иными словами, внешняя травма может проявить скрытые стороны предрасположения данного субъекта. Этой оговоркой не опровергается, однако, тот факт, что определенной структуре характера или определенной психопатии более свойственны одни и менее свойственны другие формы психогенных реакций.

В настоящее время, можно сказать, нет общепринятой классификации психогенных реакций. Отсутствие достаточно выясненных биологических признаков, отличающих различные формы, сложность патогенеза, основанного на эндогенных и экзогенных моментах, взаимно переплетающихся и не всегда доступных психоневрологическому анализу, не дают возможности провести сколько-нибудь определенное разграничение психогенных реакций, которое могло бы быть общепризнанным. Даже группировка Крепелина не получила общего признания. Этот автор различает: 1) неврозы, которые происходят в связи с деятельностью, работой субъекта (Рапоpathien); сюда относятся

нервное истощение и невроз ожидания; 2) группа неврозов, связанных с людскими взаимоотношениями (Homilopathien), — к ним относятся индуцированное помешательство ■ бред преследования тугоухих; 3) наиболее многочисленная группа, связанная с ударами судьбы (Symbanthopathien), — это неврозы вследствие несчастных случаев (неврозы страха и травматические) и тюремные психозы; 4) бред кверулянтов, близкий по существу к симбантопатиям. Истерия описывается Крепелином отдельно. Несомненно однако, что удары судьбы, несчастные случаи нередко являются причиной истерических реакций, бред кверулянтов может развиваться в связи с людскими взаимоотношениями и в связи с тюремным заключением. Вообще разграничение отдельных форм, по Крепелину, трудно провести практически. Поэтому при настоящем состоянии наших знаний более целесообразно простое выделение отдельных симптомокомплексов, основанных на расстройстве функций тех или иных психических механизмов, но не всегда связанных с одной ■ той же жизненной ситуацией, с определенными вредными моментами, так как благодаря сложности структуры психогений и различия конституциональных особенностей одни и те же вредные моменты могут вызывать разные симптомокомплексы и, с другой стороны, различные вредные моменты могут дать аналогичные реакции. Следует считать при этом наиболее важной особенностью травмирующего момента для конструкции психогений его внезапность или медленность и продолжительность.

Переходим к описанию отдельных форм психогенных реакций в нашей группировке.

Неврастения. Заболевание является следствием перенапряжения, переутомления умственным и физическим трудом, особенно связанным с большой ответственностью и отсутствием правильного отдыха. Для характеристики этой формы важно: 1) то обстоятельство, что она может развиваться у здоровых субъектов (не психопатов) и 2) что внешний вредный момент имеет длительное, а не бурное и не внезапное действие. По своим проявлениям неврастения является формой больше, пожалуй, соматического, чем психического расстройства; однако многочисленные соматические симптомы обуславливаются при неврастении преимущественно нервно-психическими влияниями. Головные боли, беспокойный сон, сердцебиение, потеря аппетита, расстройство питания, вялость кишечника, общая разбитость, повышенная утомляемость, половая слабость, раздражительность, большей частью подавленное настроение, понижение работоспособности, склонность к ипохондрическим идеям — все эти симптомы, очень характерны для

неврастении. Из соматических явлений нужно еще добавить: повышение сухожильных рефлексов, кожную гиперестезию, боли в различных частях тела, дрожание ■ языке, веках, пальцах рук и пр. Простое перечисление симптомов показывает, что из них многие могут быть отнесены к вегетативным расстройствам, отражающимся на функциях внутренних органов. Неврастения, таким образом, с большим правом может считаться вегетативным неврозом. В юношеском возрасте известное значение в картине неврастении часто приобретает усиленный онанизм. Он является, с одной стороны, одним из симптомов невроза, связанных с раздражительной слабостью нервных центров, с другой же — это явление, несомненно, оказывает ухудшающее влияние на течение болезни.

Течение неврастении находится в определенной зависимости от внешних условий; продолжающееся переутомление работой ухудшает симптомы болезни, отдых быстро излечивает больного. В этом обстоятельстве нужно видеть один из основных моментов, определяющих распознавание неврастении. Если устранение переутомления не дает улучшения, значит причина в другом моменте, который и нужно искать. Прежде всего следует отличать неврастению от конституциональной нервности; несмотря на сходство симптомов, последняя отличается отсутствием определенной зависимости от внешних моментов, наличием проявлений болезни с самого детства и их стойкости. Нужно иметь в виду далее, что целый ряд тяжелых органических заболеваний мозга начинается явлениями, похожими на неврастению — прогрессивный паралич, сифилис мозга, артериосклероз и пр. В этих случаях ошибка в диагнозе может иметь крайне неприятные последствия.

Примитивные психогении. Эта форма лишь за последнее время обратила на себя внимание. Примитивная психогения имеет сходство с неврастением в том отношении, что развивается также обычно у здоровых людей (часто у детей) и характеризуется такою же доброкачественностью течения (Гуревич). Отличается от неврастении отсутствием соматических вегетативных проявлений. Обычно в связи с более или менее резкими длительными переживаниями развиваются раздражительность, аффективность и эмоциональные расстройства, изменения поведения, проявляющиеся в более или менее беспорядочной борьбе с угнетающей субъекта обстановкой, причем заостряются особенности данной психики. Очень обычны приступы буйства с разрушением вещей и пр. При этом не наблюдается ни истерических расстройств психики, ни резких и стойких неврологических, вазомоторных и эндокринных расстройств. Течение зависит от внешних условий,

улучшение которых чрезвычайно быстро ведет к выздоровлению. Повидимому, при этой форме первичные эмоциональные расстройства, вызываемые внешней травмой не влекут за собою изменения деятельности других механизмов вследствие их сравнительной стойкости, чем ■ объясняется, что эта форма наблюдается у нормальных субъектов ■ вследствие своей неосложненности и простоты проявлений быстро дает выздоровление.

Реактивные депрессии представляют из себя длительные эмоциональные расстройства, выражающиеся в подавленном настроении, тоске, страхе и т. д. Эти состояния обычно развиваются у лиц предрасположенных под влиянием тех или иных тяжелых переживаний. Таким образом реактивные депрессии представляются как бы заострением конституциональных особенностей субъекта. Хотя сами по себе такие депрессии доброкачественны, однако нужно иметь в виду возможность самоубийства, бегства из дому под влиянием тоски и др. эксцессов. Эта форма и по своим проявлениям и по существу близка к маниакально-депрессивному психозу отличается, однако, от последнего большей зависимостью от внешних условий; улучшение последних при реактивной депрессии довольно быстро ведет к выздоровлению, чего не бывает при настоящем маниакально-депрессивном психозе с его эндогенною обусловленностью. Повидимому, однако, существуют переходные формы между реактивными и эндогенными депрессиями [Рейсс (Reiss)].

Аффективные реакции, связанные с вазомоторно-эндокринными расстройствами. Эта форма обычно развивается у субъектов с лабильной вазомоторной системой, под влиянием резких, иногда внезапных, травмирующих моментов катастрофического характера. Война, землетрясения, железнодорожные катастрофы и т. п. особенно часто являются причиной таких реакций. Нужно, однако, иметь в виду, что эти же вредные моменты при других формах предрасположения могут дать иного характера психозы, например, истерические, так что часто употребляемым терминам, вроде „военного психоза“ и т. п., не соответствуют определенные, для всех случаев одинаковые картины болезни.

Резкий испуг при какой-либо катастрофе может иметь действие шока, которое иногда ведет к аффективному ступору, своего рода параличу эмоций. В связи с таким шоком может развиться сумеречное состояние сознания с аффектом страха, галлюцинаторным восприятием действительности, дезориентировкой и пр. Резкий аффект страха и самый шок связаны с вазомоторными расстройствами (вазомоторный симптомокомплекс Бонгефера). При этом обычны неприятные ощущения в области

сердца, состояния внутренней напряженности и беспокойства, обмороки и головные боли. Иногда развиваются ясно выраженные эндокринные расстройства (дисфункция надпочечников и щитовидной железы). Особенно характерно явления базедовоида с увеличением щитовидной железы, пучеглазием, сердцебиением и пр. симптомами. Острое состояние после катастрофы продолжается обычно несколько дней, много недель. Больной часто не сохраняет воспоминания о происшедшем и еще долгое время проявляет повышенную утомляемость, плохой сон, лабильность настроения боязливость, сердцебиение, головокружение и др. расстройства преимущественно вазомоторного характера. Лишь через несколько месяцев после катастрофы эти явления сглаживаются. В острой стадии возможна смерть вследствие паралича сердца (преимущественно у субъектов, страдающих миокардитом, атеросклерозом и пр.).

Резкие аффективные вазомоторные расстройства в связи с тяжелыми переживаниями в некоторых случаях переходят после известной интрапсихической переработки ■ более длительные изменения психики, отчасти связанные с конституциональными особенностями субъекта. Это так называемые **травматические неврозы**, характеризующиеся то преимущественно вазомоторными, то истероидными явлениями. Обычны для травматических неврозов подавленное плаксивое настроение, ипохондрические жалобы, расстройства походки, почерка, речи, парезы, дрожание, гиперестезии и анестезии, далее ■ быстрая утомляемость, неспособность к труду, неприятные ощущения в различных частях тела и пр. Течение таких неврозов длительное, причем отмечается большая зависимость от внешних условий жизни; от ситуации, связанной с получением пенсии и т. п. Боязнь потерять право на вознаграждение вследствие выздоровления делает в некоторых случаях самое наличие болезненных переживаний желательным для больного; такое положение вещей, помимо возможной склонности к агравации симптомов, само по себе оказывает вредное влияние на течение невроза, лишая больного спокойствия и уверенности в будущем, столь необходимых для выздоровления. Борьба за пенсию может настолько овладеть всеми помыслами травматика, что он превращается в кверулянта, занятого бесконечным хождением по инстанциям, защитой своих прав и демонстрацией перед бесчисленными комиссиями своих недугов. В конечном счете травматический невроз может тянуться в течение многих лет, после чего остается мало надежды на полное выздоровление, так как получается стойкая фиксация болезненных расстройств. Само собой разумеется, что психические травмы могут осложняться грубыми

повреждениями мозгового вещества, тогда наряду с невротами мы имеем соответствующие органические поражения (см. психические расстройства в связи с травмами черепа). Отграничение травматического невроза от истерии в некоторых случаях крайне затруднительно (см. главу об истерии).

Шизоидные реакции. Подобно реактивным депрессиям, шизоидная реакция зависит не только от внешних моментов, но и от соответствующего предрасположения. Этот вид психогении вызывается длительными неблагоприятными внешними условиями или же переменой обстановки и условий жизни, к которым субъект не в состоянии приспособиться. Помещение в школу, поступление на военную службу, переселение из деревни в город, новые тяжелые требования, предъявляемые жизнью при жестком отношении со стороны окружающих, насмешки товарищей, тяжелые условия работы, стеснение свободы в виде принуждения к неприятному и непосильному труду или же в виде тюремного заключения и т. п. очень часто дают шизоидную реакцию у предрасположенных, чаще молодых людей. Развиваются замкнутость, упрямство, негативизм, недоступность, отказ от пищи, немотивированные вспышки аффекта, злобное отношение к окружающим, уклонение от работы, бегство (из школы, казармы, мастерской и т. п.). В некоторых более тяжелых случаях, большей частью в тюремной обстановке, разворачивается картина так наз. псевдокататонического ступора с мутизмом, неподвижностью, каталепсией, негативизмом, отказом от пищи и пр. Таким образом получается реакция, чрезвычайно похожая по внешности на шизофрению. Разграничение тем более затруднительно, что, как известно, и настоящая шизофрения в связи с внешними травмирующими факторами дает ухудшение и обострение болезни. Только более или менее длительное и тщательное наблюдение, констатирование тесной зависимости данного расстройства от внешних условий, особенно же благоприятное течение приступа при устранении его причины и отсутствие действительной деградации психики помогают распознаванию.

К шизоидным реакциям близок своеобразный симптомокомплекс, так наз. ганзеровский, по имени автора (Ganser), давшего его описание. Важнейшим его симптомом нужно считать так наз. „разговор мимо“—*Vorbeireden*: больной дает нелепейшие ответы на самые простые вопросы, например: два плюс два? — ответ: три или семь и т. п. Сколько вам лет? — ответ: два. Покажите вашу правую руку, показывает ногу и т. п. Больной имеет вид как бы грубого симулянта, нарочно говорящего разные нелепости. Несомненно, что при ганзеровском синдроме бывает частич-

ное затемнение сознания, причем получается своеобразное рас-
слоение психических механизмов, вытеснение внешних впечатлений,
отстранение от соприкосновения с действительностью; боль-
ной превратно и неясно понимает вопросы и потому дает ответы
не на тему. Ганзеровский симпомокомплекс может сочетаться с
истерическими явлениями или же с шизоидными симптомами; раз-
вертывается такое состояние особенно часто в тюремной обста-
новке.

Параноидные реакции. Бредовое толкование окружающего
только тогда может считаться реактивным, когда развитие бреда
стоит в тесной связи с переживанием, исходит из внешних
условий, без которых и не было бы данного болезненного со-
стояния. При настоящей параное внешнее переживание служит
лишь материалом для бреда, который, однако, развивается само-
стоятельно при всяких условиях. Фактически, конечно, могут
быть случаи переходного характера. Пожалуй, такой переходной
формой можно считать бред кверулянтов (сутяжничество),
который раньше описывался Крепелином в составе параной,
а затем в числе психогенных реакций. Действительно, при этой
форме имеют одинаково важное значение и соответствующее пред-
расположение и внешние обстоятельства. Это обычно гипертими-
ческие, экспансивные стеничные натуры с повышенным биотону-
сом, с большой энергией при защите своих прав; их конфликт
с окружающими дает начало длительной борьбе, обычно выражаю-
щейся в искании своего права судом, в бесконечных длительных
тяжбах, делающихся целью жизни больного и связанных с бредо-
вым толкованием неудач и поражений в этой борьбе. Это — „па-
раноя борьбы“, по выражению Кречмера. Особенное значение
имеет в таких случаях основная травма, ударившая по чувстви-
тельному месту в психике субъекта. Бред кверулянтов не всегда
исключительно выражается в юридическом сутяжничестве, иногда
он проявляется в виде бреда ревности.

Следующей формой параноидной психогении является сензи-
тивный бред воздействия. Эта форма, описанная Кречме-
ром, отличается от бреда сутяжничества прежде всего в смысле
конституциональных особенностей соответствующих больных. Если,
как было выше упомянуто, кверулянты отличаются экспансивно-
стью, стеничностью, боевым складом, то сензитивные — это, наобо-
рот, люди, ущемленные собственной недостаточностью, повышено
впечатлительные, боязливо и скрупулезно перерабатывающие в себе
свои переживания, постоянно мучимые сомнениями, склонные к само-
бичеванию. На этой почве развивается бред, содержание которого

состоит в том, что все окружающие знают об их недостатках, говорят об этом, насмеваются и издеваются. Часто такой бред развивается у мастурбантов, у субъектов с физическими недостатками (калек, горбунов и пр.), у стареющих дев и т. п. Нередко в основе бреда лежит сексуальный комплекс.

Бред преследования тугоухих основан на неуверенности в своей безопасности вследствие невозможности из-за глухоты поддерживать правильные взаимоотношения с окружающими; известная отчужденность, углубление в свои переживания способствуют приэтом возникновению и развитию у лиц предрасположенных бреда преследования с подавленным настроением, иллюзиями и галлюцинациями; шум в ушах, часто беспокоящий лиц с ушными болезнями, может служить основой для обманов чувств. Чаще всего этот бред развивается при тяжелых материальных условиях и особенно в пресенильном возрасте, который сам по себе предрасполагает к психическим заболеваниям.

Очень похожи на бред тугоухих психические изменения бредового характера, развивающиеся у лиц, заброшенных судьбою в среду людей, говорящих на иностранном языке, непонятном для больного. Здесь те же предпосылки — отсутствие контакта с окружающими, изолированность субъекта — способствуют заболеванию.

Индукцированное помешательство представляет из себя результат психогенного воздействия и своеобразной переработки чужого психоза. Часто поддаются влиянию параноидных больных лица с слабым интеллектом, повышенной впечатлительностью и психопатическим предрасположением. Кверулянты, параноики (особенно с религиозным бредом), а иногда и парафреники находят себе последователей среди таких неполноценных личностей. Галлюцинации („видения“, „откровения“), припадки и др. болезненные явления у индуцирующего больного оказывают особое влияние на невежественных и неполноценных индуцируемых, которые также начинают галлюцинировать, воспринимать и развивать бредовую систему, полученную таким образом от другого лица. Обыкновенно, после удаления от индуцирующего лица заболевание мало-помалу, а иногда и очень быстро, сходит на-нет. В литературе имеются описания целых эпидемий, изуверских сект и пр., возникших путем индукции. Низкий культурный уровень в местах удаленных, в замкнутом круге людей, мало общающихся с внешним миром (особенно в прежние времена в связи с религиозными суевериями), является удобной почвой для таких эпидемий, часто связанных с массовыми истерическими реакциями (на

пример так наз. мерячение в Сибири, описанное Токарским и Мицкевичем).

Чаще всего параноидные психогении развиваются при так наз. тюремном психозе (куда относятся и бредовые образования дегенерантов, описанные некоторыми авторами). Термин „тюремный психоз“ употребляется очень часто и получил право гражданства; однако, так же как и „военный психоз“, тюремный психоз не однороден, включая в себе разные заболевания ■ зависимости от той почвы, на которой он развивается. В тюрьме возможны и реактивные депрессии, и шизоидные реакции, и псевдокататонический ступор, и истерические явления и, наконец, параноидные формы, которые, пожалуй, являются все же самой частой разновидностью тюремного психоза. Вообще тюремное заключение, особенно одиночное, является очень резким моментом, часто вызывающим реакцию у лиц предрасположенных. Параноидные тюремные психозы проявляются в виде бреда, большей частью преследования, иногда величия с галлюцинациями, аффектами страха и пр. Нередко наблюдаются при этом также затемнения сознания, а также наслоения в виде ганзеровского синдрома или псевдокататонического ступора. Это обстоятельство сближает параноидные реакции с шизоидными. Среди тюремных параноидных психозов описывают еще бред помилования у субъектов, осужденных на пожизненное заключение; они твердо уверены в том, что помилованы, и дальнейшее задерживание в тюрьме считают результатом происков врагов, в связи с чем высказывают бред преследования, сопровождающийся галлюцинациями, преимущественно слуховыми, и конфабуляциями. Эта форма наблюдается исключительно в пожилом возрасте и носит на себе отпечаток пресенильных заболеваний ¹⁾.

Истерия. Несколько обособленное место среди реактивных заболеваний занимает истерия, которая, с одной стороны, в своих проявлениях зависит от внешних факторов, а с другой — характеризуется свойствами ей конституциональными особенностями, которые уже сами собой определяют и заключают в себе определенный тип реакции.

В определении понятия об истерии до сих пор много разногласий среди психиатров. С одной стороны, некоторые авторы чуть ли не всякую психогению отождествляют с истерией, с другой — говорят об истерической конституции, отодвигая на второй план реактивность данного заболевания. Такие противоречия свя-

1) Помимо указанных форм реакций в последнее время П. Б. Ганнушкиным описана особая эпилептоидная реакция.

заны с указанным выше промежуточным положением истерии, при которой самая реактивность определенного типа является свойством данной конституции и тесно связана с последней.

В основе истерии лежит своеобразная недостаточность или недоразвитие высших психических механизмов, вследствие чего получается возможность патологического смещения, расслоения и выключения отдельных функций. Эта недостаточность может усиливаться под влиянием внешних факторов, прямо ударяющих по психике (травмы, тяжелые переживания) или косвенно ее ослабляющих (алкоголизм, инфекции и пр.). Так или иначе, в результате мы имеем ряд патологических особенностей, свойственных истерии. Расторможение эмоций влечет за собою их исключительное влияние не только на всю психику больного, на его поведение, но и на соматические функции; легкость, с которою эмоциональные движения изменяют все функции организма (иррадиация аффектов в область соматики), является по Крепелину главной особенностью истерии. Эмоции при истерии влияют на такие функции, которые в норме не подлежат прямому воздействию психики (психогенные появления и исчезания параличей, дрожания, расстройств чувствительности и пр.). Прямое воздействие эмоций (и влечений) на поведение без предварительной интрапсихической их переработки является результатом так называемого „короткого замыкания“, свойственного истерии и основанного на функциональном выключении соответствующих психических механизмов. Вместе с тем растормаживаются старые механизмы в виде защитных и выразительных движений, обычно уже в такой степени не свойственных нормальной психике и выступающих на первый план при истерических расстройствах. Крепелин не без основания говорит об атавистическом происхождении многих истерических проявлений (особенно при сумеречных состояниях сознания и во время припадков). Чрезвычайно характерно далее для истерии расстройство активных функций. При нормальных условиях поведение определяется сложным сочетанием сознательно мотивируемых целевых активных функций и подсознательных гипобулических (подволевых) стремлений. При истерии получается расслоение и этих функций с преобладанием гипобулических, причем, с одной стороны, обнаруживается внушаемость, связанная со слабостью высших функций, а с другой — гипобулическое упорство глубоко заложенных влечений. Удары извне, претерпеваемые неполноценною личностью, рефлекторно влекут за собою повышенное стремление к ограждению своих прав, что проявляется в крайнем эгоизме и эгоцентризме. При этом болезненно сознаваемая собственна

неполноценность влечет за собою стремление к компенсации. Больной во что бы то ни стало должен доказать себе и другим ценность своей личности, он стремится играть роль, хочет казаться больше, чем он есть, пережить больше, чем на что он способен (Ясперс). С другой стороны, больной использует самую свою болезнь, чтобы извлечь из нее выгоды, избавиться от неприятных обязанностей, приобрести право на внимание и уход со стороны окружающих, выказать себя интересной натурой с необыкновенными переживаниями и страданиями.

Симптоматология истерии, как это отчасти вытекает из изложения самой сущности этой болезни, чрезвычайно сложна и пестра, складываясь из большого числа симптомов психических и неврологических. Недаром французы называют истерию *grande simulatrice*, она действительно может симулировать всевозможные психические и соматические заболевания.

Неврологические симптомы (стигмы истерии). При указанной выше психической обусловленности неврологических симптомов они появляются и исчезают, сменяются ■ выступают в различных комбинациях у одного и того же субъекта: часто по незначительному поводу (например, при небольшом ушибе руки) появляется полный паралич данной части тела и т. п. Очень часты при истерии изменения чувствительности в виде анестезий, анальгезий, гиперестезий, гиперальгезий и пр. Очень важно, что эти расстройства распределены не в соответствии с ходом нервов, а в виде чулка, манжета, перчатки, т. е., по выражению Жанэ, соответствуют популярным воззрениям на границы отдельных частей тела. Нередко наблюдаются далее расстройства со стороны зрения в виде полной и частичной слепоты (между прочим слепоты на цвета), а еще чаще—в виде сужения поля зрения. При этом характерно, что резкое сужение поля зрения совершенно не мешает ориентировке больного в пространстве (в отличие от таких же сужений вследствие органических причин); это доказывает, что при истерии нет полного отсутствия функций в местах сетчатки, кажущихся нечувствительными: ощущения в известной степени имеются и хотя сознательно не перцепируются, но дают необходимые элементы для автоматической ориентировки в пространстве. Реже бывают изменения функций слуха, обоняния, вкуса. У истериков очень часты болевые ощущения в различных частях тела, разные неприятные ощущения в виде спазм, сжиманий, особенно часты ощущения клубка, подступающего к горлу (*globus hystericus*). Некоторые пункты тела у больных особенно чувствительны к давлению: те или иные места черепа, позвоночника, межреберные

пространства, подложечная область; особенно известна в этом отношении чувствительность к давлению подвздошной области (чаще слева); последний пункт раньше связывали с чувствительностью яичников и называли данный симптом оварией, но такое заключение не обосновано: у истерических мужчин также бывает чувствительность при давлении на эту область. Вообще повышенная чувствительность отдельных пунктов у истериков часто связана не столько с наличием в данном месте раздражения того или иного нервного ствола или сплетения, сколько с психическим моментом, с внушением: больные концентрируют свое внимание на данной области в связи с тем или иным переживанием, с какой-либо мелкой травмой и т. п. Замечательно, что эти чувствительные пункты имеют значение ■ возникновении припадков: давление на эти места может вызвать припадок (спазмогенная зона) или, наоборот, купировать его (спазмофреническая зона). Путем внушения, особенно в состоянии гипноза, возможно произвести перемещение этих чувствительных зон, что и является доказательством их психогенного происхождения. Еще более многочисленны и разнообразны двигательные расстройства при истерии. На первом плане следует обратить внимание на параличи и парезы; эти акинезы здесь не связаны, как и расстройства чувствительности, с анатомическим распределением двигательных функций, не сопровождаются патологическими рефлексам. Чаще всего наблюдаются гемиплегии без участия лицевых нервов, бывают также параплегии и моноплегии. Описаны, наконец, параличи трех или четырех конечностей. Обычно параличи носят вялый характер, конечности висят как плети, в других случаях, напротив, имеется напряжение, состояния, похожие на контрактуры. Обычно в парализованных конечностях наблюдаются также анестезии и аналгезии. Из поражений на лице чаще всего бывает птоз, односторонний или двухсторонний. Несмотря на кажущийся полный паралич конечностей, в них возможны произвольные автоматические движения, например: выразительные движения в связи с аффектом, автоматические защитные в связи с опасностью падения; таким образом больные из-за своих параличей не попадают в опасные положения, успевая своевременно достигнуть безопасного места или благополучно опуститься на пол. Очень характерным проявлением истерических параличей является так наз. астазия-абазия; при ней больные не в состоянии ходить, стоять и даже сидеть и в то же время в лежачем положении могут двигать ногами, в которых не отмечается признаков паралича или пареза; здесь, следовательно, имеется лишь частичное выпадение определенных функ-

ций. В более легких случаях больной кое-как держится на ногах но ходит или стоит лишь с поддержкой, шатается, спотыкается. В других случаях мы наблюдаем расстройство походки, похожее на табес с явлениями атаксии. Далее, ряд расстройств может отмечаться со стороны речи: полная немота, афония (больной говорит беззвучно), различные изменения произношения, заикание и пр. Расстраивается письмо (аграфия); часто отмечаются дрожание, хорео-подобные движения, тики и др. гиперкинезы. При отсутствии параличей общий двигательный облик больного отличается живостью, ловкостью, грациозностью ■ выразительностью движений, экспрессивной мимикой и жестами, но обычно недостает точности движений, носящих в общем инфантильный характер. Нередко наблюдается упорная икота, различные гримасы, приступы неудержимого смеха, крики, лай, блеяние и т. п. звуки подражательного характера. Со стороны сухожильных рефлексов обычно нет резких уклонений; отмечается лишь их живость; симптом Бабинского и др. патологические рефлексy не наблюдаются. Кожные рефлексy обычно бывают сохранены; впрочем, нередко наблюдается понижение или отсутствие брюшных рефлексy. Рефлексy со стороны слизистых часто бывают изменены (понижены или отсутствуют) — глоточный, конъюнктивальный, со слизистой носа. Со стороны зрачков обычно не бывает заметных расстройств, они большей частью средней ширины и дают живую реакцию на все раздражения и повышенное зрачковое беспокойство. Наблюдаются нередко сердечные, вазомоторные и пр. вегетативные расстройства — учащение пульса, дерматографизм, отеки, цианоз, повышенная потливость, расстройства менструаций и пр.

Очень важное место в симптоматологии истерии занимают припадки; они обычно бывают связаны с эмоциональными переживаниями: больные падают (без того однако, чтобы ушибиться), их сознание затемняется (обычно не вполне), они бьются, катаются по полу, рвут на себе волосы, размахивают руками и ногами, выгибаются дугой, кричат, проявляют массу выразительных движений, принимают театральные позы, иногда, видимо, переживая то происшествие, которое в первый раз послужило поводом для припадка. Выражение лица обычно носит резко эмоциональный характер (ужас, экстаз и пр.). Прикусывания языка, отделения мочи не бывает. Зрачки широки и обычно, но не всегда, на свет реагируют. В отличие от эпилепсии припадки никогда не бывают во сне; иногда путем обливания водой и т. п. воздействий удается купировать припадок. Таким образом типичный истерический припадок достаточно ясно отличается от типичного эпилептического; но в

некоторых случаях ■ при истерии бывают припадки преимущественно судорожного характера с полным затемнением сознания, более похожие на эпилептические. В других случаях припадки выражаются в обмороках, почти не сопровождающихся двигательными проявлениями или же ■ приступах сна. После припадков больные лишь смутно помнят, что с ними было. Продолжительность припадков разная: несколько минут, реже несколько часов; иногда припадки следуют один за другим в огромном количестве, так что по аналогии с эпилепсией можно говорить об истерическом статусе; однако при истерии такое накопление припадков не представляет опасности для больного (что само по себе является важным дифференциальным признаком от эпилепсии).

Психические симптомы. Уже в только что описанных истерических припадках имеется наличие психических компонентов, ■ виде затемнения сознания, разного рода сновидных переживаний и пр. Кроме того, в связи с припадками или же самостоятельно возможны более сложные психические симптомы. Чаще всего мы имеем дело с сумеречными состояниями сознания; последние проявляются в виде сомнамбулизма (снохождения) — больные встают ночью, двигаются, передвигают вещи, уходят из дома и затем засыпают где-нибудь на лестнице, в сарае и т. п.; в других случаях сумеречных состояний больные проявляют беспокойство, галлюцинируют, высказывают бредовые идеи величия или преследования, испытывают страх, плачут, кричат или же танцуют, смеются, разыгрывают какие-то сцены, проявляя массу выразительных движений и пр.; при этом больные иногда как бы перевоплощаются в другие персонажи, изображают из себя маленьких детей, принимают царственные позы, одевают на себя фантастические вычурные наряды и пр. Во время сумеречных состояний больные дезориентированы, иногда им представляется, что они находятся на небе, в аду, в подземелье, вокруг них совершаются странные и таинственные события и пр. При менее резких и более длительных изменениях сознания больные могут уходить из дому, предпринимать путешествия под вымышленным именем и т. п. Во время сумеречных состояний сознания у истериков нередко наблюдается уже упомянутый выше ганзеровский синдром. Сумеречные состояния сознания продолжаются обычно несколько часов или дней, реже недель.

В некоторых случаях при истерии наблюдаются более длительные психические расстройства. Это так наз. *истерические психозы*, которые продолжаются в течение нескольких недель или месяцев. Они сопровождаются припадками, приступами изменений

сознания и выражаются в резких сменах настроения, бредовых идеях, ярких галлюцинациях, большей частью зрительных и с резкой эмоциональной окраской; больные видят мертвецов, им мерещатся всякие ужасы, перед ними разыгрываются сцены инквизиции и т. п. При этом больные перевоплощаются, у них имеется как бы второе „я“, в них вселяется демон или дух великой исторической личности и т. п. Больные обычно беспокойны, суетливы, стараются обратить на себя внимание и пр. В иных случаях наблюдается ступорозное состояние. Истерические психозы в особо ярком виде проявляются в связи с каким-либо травмирующим фактором, например, в тюремном заключении.

Помимо отмеченных выше острых психических проявлений, психика истериков представляет ряд постоянных особенностей, связанных с изложенной выше сущностью данной болезни и составляющих так наз. *„истерический характер“*. Больным свойственна повышенная эмоциональная возбудимость, неустойчивость настроения, повышенное воображение, страсть к преувеличениям, живость чувственной окраски всех переживаний, повышенная внушаемость, резко выраженные симпатии и антипатии, самомнение, эгоцентризм, эгоизм, театральность, кокетство, лживость, страсть к фантазиям и вымыслам и пр. В отдельных случаях эта лживость и склонность к фантазиям занимает главное место в картине болезни.

Интеллектуальная одаренность может быть различной, обычно она в пределах нормы, но часто на низших ее границах или даже близка к дебильности. Эксперимент показывает преобладание поверхностных ассоциаций, неустойчивость внимания, повышенную утомляемость и отвлекаемость, поверхностность суждений. Вместе с тем обычна пониженная работоспособность; однако в некоторых случаях больные временами проявляют необычайную выносливость, могут работать буквально день и ночь с большим напряжением и упорством — это бывает лишь в тех случаях, когда данная работа имеет определенное значение для больного в эмоциональном отношении, когда истерик работает в экстазе, совершает „подвиг“; впрочем, такой подъем обычно сменяется упадком и нередко ухудшением болезненных явлений. Большое значение издавна придавалось сексуальным переживаниям при истерии; многие старые врачи связывали истерию исключительно с половой неудовлетворенностью. В новейшее время Фрейд в значительной мере освежил эти старые взгляды, придавая также большое значение в симптоматологии истерии сексуальным травмам и переживаниям; стыд и страх, связанные с такими травмами, нередко ложатся в основу подсознательных переживаний во время сумеречных состояний

и припадков. Истерики часто бывают очень возбудимыми в сексуальном отношении, иногда же ненормально холодными по отношению к обычным сексуальным проявлениям; половое чувство у них выражается ■ разного рода символических переживаний, ■ причудливых превращениях и сублимациях. Нужно иметь в виду, что истерики нередко бывают сексуально-инфантильны не только в психическом, но ■ ■ анатомо-физиологическом смысле. Признавая значение сексуального момента в картине истерии, следует лишь иметь ■ виду, что не одни только сексуальные травмы, но ■ другие тяжелые переживания, если они не могут бытьотреагированы, если субъект не в состоянии, так сказать, пропустить их через свою психику, вытесняются ниже сознания и, образуя так наз. болезненный комплекс, так или иначе влияют неблагоприятно на течение психических процессов и способствуют свойственным истерии расслоениям ■ выключениям психических механизмов. Неровность настроения истерических больных, их эгоизм и эгоцентризм, их повышенное стремление играть первую роль и др. свойства, не говоря уже о более резких психических расстройствах (припадках и пр.), делают их очень тяжелыми и неприятными в общении, способствуют возникновению конфликтов с окружающими, что еще более ухудшает их настроение и общее состояние. В таких случаях больные устраивают попытки к самоубийству, большей частью бутафорские, с целью обратить на себя внимание, но все же не всегда безопасные, так как они могут не рассчитать опасности при приеме яда, попытках повеситься и т. п. Нередко и преступления совершаются ими в виде убийств или поранений в состоянии аффекта, чаще же в виде разного рода мошенничеств, подлогов и т. п.

Ф о р м ы и с т е р и и. Принимая во внимание связь истерии с конституциональными особенностями, с одной стороны, и с внешними травмирующими факторами — с другой, возможно выделение отдельных ее форм в зависимости от преобладания тех или иных моментов в ее происхождении. Так, К р е п е л и н различает следующие формы: 1) истерия развития наблюдается чаще всего у подростков, которые не в состоянии бывают вследствие своей частичной неполноценности и неблагоприятных внешних условий приспособиться к окружающей среде и требованиям, предъявляемым жизнью; 2) дегенеративная истерия с преобладанием врожденной психопатической неполноценности; 3) а л к о г о л ь н а я или шире т о к с и ч е с к а я истерия с преобладающим значением в развитии болезни влияния наркотиков, расшатывающих психические функции; 4) истерия в связи с несчастными слу-

чаями и 5) тюремная истерия, которые, как показывают названия, находятся в прямой зависимости от соответствующих тяжелых психогенных факторов („социальная истерия“ Кречмера).

Можно еще добавить, что целый ряд отдельных органических заболеваний мозга, между прочим эпилепсия, ранения черепа и др., способны вызывать истерические реакции, являющиеся как бы наложением на основные органические симптомы болезни.

Течение истерии также различно в разных случаях, как разнообразны проявления этой болезни. В одних случаях мы имеем быструю смену многочисленных симптомов, в других проявления болезни более однообразны (иногда в виде так наз. моносимптоматической истерии). Хотя в общем симптомы этой болезни нестойки и изменчивы, однако в отдельных случаях наблюдается значительное упорство и стойкость отдельных проявлений. Из самого понятия о реактивной природе истерии вытекает огромная зависимость проявлений болезни от внешних условий. Кроме того, нужно иметь в виду, что свойственные истерии болезненные симптомы и сами по себе так или иначе травмируют психику, вызывая вторичные ее изменения, нарушая динамическую структуру личности. Вместе с тем происходит своеобразное привыкание больного к своей болезни с закреплением функциональных изменений. Так создается истерический характер, те довольно стойкие постоянные особенности, которые свойственны этим больным в такой же мере, как, например, эпилептикам соответствующие хронические изменения психики, с той лишь разницей, что при истерии не бывает интеллектуальной деградации. Будучи в общем болезнью молодого возраста, истерия в дальнейшем постепенно сглаживается, отдельные ее проявления исчезают. Таким образом в общем можно считать, что в огромном большинстве случаев прогноз истерии благоприятен; нужно лишь считаться с тем обстоятельством, что исчезновение отдельных симптомов нередко сменяется новыми проявлениями, так как остается та болезненная почва, которая способствует возникновению патологических реакций.

Распознавание истерии в виду разнообразия проявлений этой болезни может в некоторых случаях представлять значительные затруднения. Прежде всего богатство истерии соматическими симптомами влечет за собою возможность смешения с различными внутренними болезнями: упорные боли в тех или иных частях тела в связи с расстройством соответствующих функций могут подавать повод к подозрениям относительно заболевания тех или иных органов — печени, почек, желудка, половых органов и пр.

Бывали случаи ошибочного хирургического вмешательства ■ связи с такими истерическими проявлениями. Равным образом возможны затруднения при распознавании истерии от органических расстройств нервной системы. Трудности отграничения истерии от соматических и неврологических поражений иного происхождения тем более велики, что, как мы уже упоминали, истерия нередко наслаивается на более тяжелые органические заболевания внутренних органов и нервной системы. Только тщательное взвешивание всех болезненных проявлений ■ всестороннее исследование может ■ таких случаях помочь избежать очень неприятных ошибок. Реактивность истерических проявлений, их обусловленность психическими моментами, возможность воздействия внушением и изменениями внешних условий, отсутствие свойственных органическим поражениям специальных симптомов ■ точной локализации расстройств являются важнейшими признаками, которыми следует руководствоваться ■ таких случаях. Довольно часто приходится дифференцировать истерию от эпилепсии. Здесь следует основываться на особенностях припадка, его обусловленности психическими моментами, на отсутствии ночных припадков, на отсутствии явлений деградации, распада, слабоумия, на живости и подвижности истерической психики сравнительно с тяжелой неповоротливой психикой эпилептиков. В некоторых случаях истерические явления наслаиваются на эпилептические; здесь однако не следует думать о какой-то переходной болезни (истеро-эпилепсии старых авторов), а лишь об осложнении одной болезни другою. В некоторых случаях истерических психозов с галлюцинациями, бредом и ступорозными явлениями или же с синдромом Ганзера приходится дифференцировать от шизофрении. Отграничение истерии от некоторых форм психопатий тем более иногда затруднительно, что отдельные истерические симптомы нередко наблюдаются при различных психопатиях (особенно это касается так наз. лжецов и фантастов, а также реактивно-лабильных психопатов); во всяком случае для распознавания имеют значение истерические стигмы, усиленное влияние переживаний на соматические функции, особенности истерического характера. Те же признаки отличают истерию от других форм реакции. В частности травматический невроз, имеющий много общих симптомов с истерией, отличается от нее своим более медленным развитием после несчастного случая, большей стойкостью симптомов и их однородностью, менее выраженной внушаемостью, отсутствием того приподнятого и часто игривого настроения, которое свойственно истерии, и наличием более выраженных вегетативных и вазомоторных явлений.

Профилактика истерии, как и др. психогенных реакций, сводится к созданию условий, уменьшающих возможность травматизации психики, что особенно важно по отношению к подросткам. Равным образом и в лечении развившейся болезни самое главное — изменение тех жизненных условий, которые способствовали ее возникновению. Здесь большое значение имеет правильный режим, рациональное воспитание и в то же время создание таких условий, при которых болезнь не только не дает выгод, но и мешает интересам больного; болезнь никоим образом не должна быть выходом из положения, устраивающим данного субъекта. Осторожно проводимая психотерапия, выявление комплексов, нарушающих психические функции, часто дает благоприятные результаты; нужно лишь остерегаться при этом фиксации больного на вытесненных переживаниях, во избежание закрепления или даже дальнейшего развития болезненных явлений. Многие симптомы могут быть устранены гипнозом, но и этот метод не в состоянии изменить болезненных свойств личности, а лишь устраняет те или иные симптомы, причем иногда на место устраненных явлений развиваются другие, чем тормозится ход лечения. В конечном счете и простое внушение без гипноза, т. е. авторитетное влияние врача, приводит к хорошим результатам. В случаях более резких проявлений истерических психозов необходимо больничное лечение и удаление больного из вредно действующей на него обстановки. Лечение отдельных проявлений болезни — бессонницы, параличей и пр. — требует тех или иных лечебных средств, которые, однако, должны быть в тесной связи с общими мероприятиями, направленными к излечению больного.

Симуляция. Условия, при которых обычно развиваются психогенные реакции, таковы, что заболевание является своеобразным выходом для субъекта из тяжелого положения и вообще так или иначе может быть для него выгодным. Отсюда „желательность“ — кататимия — многих психических реакций: травматический невроз во время войны может избавить субъекта от дальнейших опасностей, заболевание в тюрьме способствует переводу в менее тяжелую больничную обстановку, заболевание после несчастного случая может дать надежду на получение ренты; и в других условиях реактивное заболевание дает возможность избавиться от неприятных обязанностей и получить право на уход и внимание со стороны окружающих. Таким образом условия, в которых развиваются психические реакции, таковы, что они же могут дать почву для симуляции или агравации, т. е. для намеренного притворства или

преувеличения имеющихся незначительных расстройств. Между психогенной реакцией и симуляцией имеется известное сходство не только в условиях их возникновения, но и в механизмах проявлений, поскольку, например, истерические и симулированные параличи одинаково лишены анатомического обоснования в смысле отсутствия действительного поражения соответствующих нервных механизмов. В обоих случаях расстройство функций связано не с поражением данного механизма, ■ с его искусственным исключением: при истерии исключение производится гипобулически, проходит ниже порога сознания; глубоко заложенные инстинкты и влечения (например, инстинкт самосохранения) получают возможность в интересах сохранения организма (например, на войне) приводить его в такое состояние, которое исключает возможность пребывания больного в данной обстановке; влияние этих гипобулических элементов переходит границы их нормального действия благодаря их расторможению вследствие травматизации высших психических центров. При симуляции те же симптомы получаются благодаря сознательной целевой установке. Больной истерией своими болезненными явлениями обманывает и себя и других, заставляя думать, что эти явления связаны с тяжелыми поражениями организма, симулянт же обманывает только окружающих. Старые гипобулические механизмы гораздо сильнее и более длительно могут влиять на нервные и соматические функции путем исключения или расторможения соответствующих систем, влияние же корковых сознательных механизмов (при симуляции) на эти системы гораздо слабее и чрезвычайно утомительно, вследствие чего длительная симуляция психических расстройств, притом же связанных с соматическими изменениями, для нормального субъекта почти невозможна. Нужно, однако, иметь в виду, что у патологических субъектов, особенно в связи с травматизацией, наблюдаются такие особенности нервной системы, при которых получается возможность сознательного влияния высших центров на нервные аппараты, при обычных условиях совершенно не подлежащие психическому воздействию; в таких случаях, несомненно, получаются условия, благоприятствующие симуляции или же агравации. В большинстве случаев, несомненно, симуляция, как и психические реакции, наблюдается у патологических субъектов, нервная система которых дает необходимые предпосылки для возможности выполнения притворства. Из сказанного ясны те затруднения, которые могут быть при распознавании симуляции. Важно отделить симуляцию от той патологической почвы, которая так часто лежит в ее основе. Распо-

знание симуляции возможно в более затруднительных случаях лишь благодаря всестороннему исследованию, длительному наблюдению, констатированию объективных симптомов, их сопоставлению и определению их соответствия с той или иной картиной психического расстройства. Распознавание симуляции в судебно-медицинской и тюремной практике, конечно, является чрезвычайно важной и ответственной задачей.

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ.

Под пограничными состояниями подразумеваются состояния врожденной конституциональной недостаточности, нестойкости организма как со стороны психической, так и соматической. Это аномалии, представляющие близкие к норме психические и соматические вариации, в отличие от врожденных состояний психической слабости (олигофрении), характеризующихся диффузным недоразвитием всех психических функций, особенно интеллекта. Здесь речь идет об особенностях в структуре психики, о дисгармонии отдельных функций, с акцентом на аффективно-волевой сфере, при достаточном, а иногда и высоко развитом интеллекте.

В согласии с учением Крепелина мы делим пограничные состояния на две основные группы: врожденные болезненные состояния и психопатии. Врожденные болезненные состояния характеризуются наличием симптомов, имеющих печать болезненного, более или менее тягостно переживаемых субъектом, причем эти симптомы касаются как психической, так и соматической сферы (в особенности вегетативных функций). Психопатии характеризуются индивидуальными особенностями, не сопровождающимися болезненными явлениями.

Врожденные болезненные состояния.

Сюда относятся: конституциональная нервность, психастения, извращения влечений (импульсивное помешательство).

Конституциональная нервность характеризуется наличием неврологических симптомов, пониженной силой нервного сопротивления и дисгармоничным общим психическим развитием: рядом с недостаточностью в одной сфере может существовать одаренность в другой. Все это создает впечатление неуравновешенности, противоречивости. Это люди с „нежными нервами“, которым борьба за существование дается

трудно, неуверенные в себе, но в то же время переоценивающие себя, без выдержки, с быстрыми переходами от очарованности к безразличию, от большой энергии к абулии.

Симптоматология. Со стороны психики: у больных расстройства касаются прежде всего эмоционально-волевой сферы, интеллект же у большинства, по крайней мере, потенциально, хороший, иногда даже выдающийся, особенно ■ отдельных областях, как в искусстве и пр.; это так. наз. *Dégénérés supérieurs*. Если больные мало успевают интеллектуально, то это зависит от повышенной психической утомляемости ■ неспособности концентрировать внимание, от повышенной отвлекаемости, вызывающей у больного представление о плохой памяти, о невозможности усваивать, от чувства неуверенности в себе, чувства собственной недостаточности. Рядом с этим хорошие интеллектуальные данные ведут больного к переоценке собственной личности („если бы не нервы“, они „пошли бы дальше других“). Эта переоценка объясняется „потерей чувства реального“ (Жане), склонностью к фантазированию (большое место занимает сексуальность). Жане приводит любопытный пример женщины, которая легко производила вычисления, не имевшие реального значения в ее жизни, но как только ей приходилось проверять хозяйственные счета, у нее возникало сильнейшее беспокойство, тревога и она с трудом справлялась с задачей. Мышление, способность к суждению правильные, но в зависимости от аффекта приобретают характер односторонний, пристрастный. В области аффектов наблюдаются очень разнообразные картины расстройств, так что правильнее говорить о различных типах конституциональной нервности. Так, мы знаем тип впечатлительных, мягких больных, которым „все действует на нервы“, которых невинные происшествия доводят до слез, которые от вида крови готовы упасть в обморок; они гнушаются практической деятельности, охотно уходят в жизнь „эстетов“ и т. п. Далее, возбужденные больные, вечно беспокойные, с быстрой речью и суетливыми движениями, все начинают, ничего не заканчивают и тип вспыльчивых, раздражительных — все их раздражает, все делается им на зло, даже дурная погода; разряд аффекта бывает бурный, но скоропреходящий. В других случаях малейший внешний повод ведет не к разряду гнева, а к длительному внутреннему напряжению, могущему привести к неожиданным, непонятным действиям. Иногда это внутреннее напряжение выражается в страхе, питаемом „чувством собственной недостаточности“, и вытекающем отсюда чув-

стве ответственности. Больные упорно думают об этом, что ведет нередко к ипохондрическим идеям и ощущениям (головные боли, тяжесть в голове и т. д.), а также к мрачному настроению. Больной упрекает себя во всем, думает о самоубийстве, пытается покончить с собой. Надо заметить, что у некоторых это носит „истерический“ характер: так, напр., больной до отравления заказывает карету скорой помощи. Больной много думает о том, что ему нет места в обществе, что его презирают, старается уединиться. Впрочем, из этого настроения его легко вывести развлечением, добрым словом. Вследствие неуверенности в себе больные боятся начинать работу, не могут наладить начатого дела; иногда легко воспаляются, но быстро остывают, при этом реакция может быть очень резкой, дело доходит до полной абулии. Иногда наблюдается полипрагмазия — когда больной начинает зараз несколько дел. Решения часто зависят от случайности, отсюда нередко неожиданные, необдуманные поступки, вплоть до импульсивных. Работоспособность в общем понижена, нет выдержки, сейчас же жалуются на утомление, вынуждены делать бесконечные паузы.

Соматические расстройства очень многочисленны. Бессонница: больные не в состоянии „прогнать мысли“, что мешает им заснуть, или же через несколько часов внезапно просыпаются и лежат так до утра. Сонливость, потребность в длительном сне так редки, что этот симптом заставляет усомниться в диагностике „нервности“. Нередко сон нарушается вследствие чувствительной гиперестезии: малейший шум в состоянии разбудить. Частый симптом — головные боли, начиная от чувства давления до резких невралгий и мигреней. Ощущение разбитости, слабость тесно связаны с расстройством сна и нарушениями в области вегетативных функций. К последним относятся неврозы сердца и сосудистой системы, плохой аппетит, расстройство желудочно-кишечного тракта („нервная“ диспепсия, вялость кишечника), мочеполовой системы (полное недержание мочи), сексуальные раздражения (онанизм, несомненно, расстраивает вегетативную нервную систему, вызывает сердцебиение, синяки под глазами, расстройства сна и пр.; значительный вред от онанизма объясняется между прочим уверенностью больных, что онанизм действует на центральную нервную систему, может вести к слабоумию и т. п.). Далее из неврологических симптомов встречаются: повышение сухожильных рефлексов, дрожание языка, пальцев, верхних век при закрывании глаз, тики, заикание, кусание ногтей, астенопия, обмороки. Нередко наблюдаются отдельные истерические стигмы:

понижение конъюнктивальных и глоточных рефлексов, ■онцентрическое сужение поля зрения, гипер- ■ гипоальгезии. У многих больных дегенеративные признаки: общий инфантилизм, асимметрия лица, неправильное положение зубов, крипторхизм ■ т. д. Немалую роль играют припадки вазомоторно-невропатического характера (экстрасистолы, неправильность пульса, пароксизмальная тахикардия, вызывающие чувство страха; иногда на первом плане одышка).

Течение и прогноз определяются конституциональным характером болезни. Заболевание обычно отмечается уже ■ детские годы (в виде склонности к высокой температуре, идиосинкразии к определенным видам пищи, беспокойного сна, плохого аппетита, кусание ногтей и т. д.). Болезнь тянется всю жизнь, но в более поздние годы становится менее выраженной. Биологические факторы (возраст, половое созревание, туберкулез, интоксикация) влияют неблагоприятно, в особенности ухудшая вегетативные расстройства. Подобно другим функциональным расстройствам болезнь дает улучшение и ухудшение в тесной зависимости от внешних обстоятельств. По утрам самочувствие хуже.

Этиология. Большую роль играет наследственность, повреждение зачатка. Большинство больных происходит из психопатических семей, в $1/3$ случаев прямая наследственная передача от родителей. Определенное значение приписывают разнице в возрасте родителей, плохим социальным условиям и пр.

Распознавание. Важно различать от неврастении, с которой конституциональная нервность имеет много общего; при неврастении симптомы обусловлены главным образом внешними моментами (переутомлением и др.) и исчезают после устранения этих моментов. От психопатий отличается обилием соматических вегетативных симптомов, от депрессии тем, что настроение при нервности зависит от внешних обстоятельств, легко поддается влиянию.

Лечение и профилактика. Главное внимание должно быть обращено на профилактику. Большое значение имеет воспитание; это тем важнее, что нервные родители плохо справляются с детьми; иногда приходится удалять детей из домашней обстановки. При воспитании нужно противодействовать врожденным недостаткам, воспитывать волю, приучая к порядку, долгу (хорошо действует физкультура), противодействовать развитию мечтательности, ипохондричности, давая больному практический уклон, не форсируя умственного развития, не нагружая слишком ответственной работой. При лечении необходимо ограничить бром и др. лекар-

ства, массаж, электризацию, еще резче закрепляющие представление о тяжести заболевания. Важно регулировать распорядок дня (не читать на ночь), диету (простая, здоровая пища, не пить и не курить), физически закаливать больных. Очень показана рациональная психотерапия, длительное собеседование с больным, между тем как гипноз может причинить вред. Хорошие результаты дает рабочая терапия. Очень вредно затягивать лечение, отрывать на долгое время от будничной работы.

Психастения (невроз навязчивых состояний). Часть авторов считает психастению самостоятельной клинической формой, часть же относит ее к реакциям, синдромам, встречающимся при разных клинических заболеваниях (маниакально-депрессивный психоз и пр.). Соматически—те же симптомы, что при конституциональной нервности. Часто наблюдается заикание, силиванцессе при волнении. В картине заболевания превалируют навязчивые представления и опасения. Под навязчивыми идеями мы понимаем насильственно врывающиеся представления, к которым у субъекта имеется критическое отношение, но с которыми усилием воли он справиться не может. Это и приводит к формальному расстройству в течении мыслей; в остальном интеллект не нарушен, подчас даже выше среднего. Что касается аффектов, то по Крепелину в основе навязчивых идей лежит постоянное внутреннее напряжение, в частности аффекты боязливости, страха, нерешительности, неуверенности в себе, нередко угнетенное настроение. Менее правильным кажется нам мнение других авторов (Вестфаль и др.), считающих напряженный аффект последствием навязчивого состояния. Многие авторы считают, что навязчивые состояния могут возникнуть преимущественно на фоне психастенического характера (Жане, Ганнушкин, Суханов и др.). Это люди, от рождения неуверенные в себе, постоянно колеблющиеся, во всем сомневающиеся, нерешительные, впечатлительные, робкие, боязливые, тревожно беспокойные, мнительные, мало общительные, склонные к фантазированию, с плохо развитым чувством реальности. Такой характер некоторые авторы наблюдали в ряде поколений. В психастеническом характере имеются черты, напоминающие шизоидный, а также сензитивный характер Кречмера.

Навязчивые состояния, как мы это видели в общей части, очень разнообразны и их можно разделить на несколько групп:

а) Навязчивые воспоминания, могущие заполнить все психическое содержание больного (напр., воспоминания о героях прочитанных романов и т. п.).

б) Навязчивые мысли. Сюда относятся: болезненное сомнение (см. общую часть). Сомнения ■ памяти ведут к „навязчивому запоминанию ■ воспоминанию“, сомнения в чистоте — к „боязни прикосновений“, ■ „насильственному умыванию“ (это уже переход к навязчивым действиям). Любопытно, что результатом насильственного умывания часто является непролазная грязь: больные начинают мыть одно, не кончая, берутся уже за другое и т. д. Иногда самое отдаленное обстоятельство ведет к этого рода насильственным действиям. Так, одна больная должна была тщательно умываться, когда она через окно слышала голос татарина, продававшего старые, а значит грязные вещи. Переход к действиям показывает, что критика к навязчивым состояниям лишь относительна, во всяком случае—критическое отношение неполное и не всегда налицо. Впрочем, такое же отношение мы наблюдаем ■ у здоровых: когда рассудок отрицает „роковое“ значение цифры 13, чувство же верит в это. Болезнь сомнений может привести к профессиональной абулии. Так, врач бросает медицину из-за сомнений в правильности прописи рецептов; один кассир так долго пробовал заперта ли касса, что получил мозоли и вынужден был бросить свою службу. К навязчивым мыслям относится так назыв. болезненное мудрствование. Этот симптом можно охарактеризовать как „скачку идей в форме вопросов“, как „психическую жвачку“ (Жане). Вопросы касаются большей частью ненужных или неразрешимых тем, лежащих не в сфере интересов и знаний больного (аксиомы, почему $2 \times 2 = 4$, метафизические вопросы о происхождении бога и пр.). Одной очень музыкальной больной стало невозможно слушать музыку из-за навязчивых вопросов во время концерта: почему рояль имеет три ноги, почему он покрыт лаком, как выглядел бы пианист, если бы у него была борода, и т. п. Такого рода вопросы могут быть сильной помехой в будничной жизни: так, один больной одевался 3 часа, так как все время думал, с какого рукава начать. Этого рода навязчивые мысли тоже ведут к навязчивым действиям. Один больной, идя по улице, должен был отдавать себе отчет—красивая или некрасивая женщина проходит мимо него, если он не успевал разглядеть, то догонял ее. К навязчивым мыслям относится и так называемые контрастирующие идеи (богохульные мысли в церкви и т. п.), служащие иногда причиной того, что больной обвиняет себя в греховности.

в) Навязчивые действия часто вытекают из навязчивых мыслей или сливаются с ними, напр. сомнение в том, заперта ли

дверь, заставляет пойти проверить. Иногда навязчивые действия вызваны профессией, напр. так наз. арифмомания, навязчивая потребность считать (у феноменальных счетчиков). Крепелин полагает, что при навязчивых действиях речь идет о „двигательной проекции“, связанной со всякими представлениями, а не о действиях в строгом смысле слова. Действия здесь редки, больные большею частью ограничиваются „опасением, как бы не сделать“, не приводя в исполнение. Это ведет к навязчивым опасениям, близким к так наз. навязчивым страхам.

г) Навязчивые страхи (фобии). Число фобий очень велико. Часть из них непосредственно вытекает из нормально-психологических переживаний: боязнь несчастий, ответственности, боязнь общения с людьми из-за чувства собственной недостаточности. Отсюда переход к болезненным опасениям. К этой группе относится боязнь сил природы: боязнь быть убитым молнией, боязнь, что облака могут упасть; один больной боялся радуги. Сюда же относится страх перед животными (мыши, лягушки и пр.), перед автомобилями, пьяными и пр. К болезненным опасениям относятся боязнь острых предметов (айхмофобия) — иголок, ножей и т. п.: одна больная долго осматривала яйца, раньше чем их съесть, так как курица могла случайно проглотить иголку, которая затем могла перейти в яйцо; другая больная пила молоко, зажав губы. Боязнь несчастий особенно часто проявляется при известных ситуациях, — отсюда так назыв. ситуационные фобии; сюда относится боязнь высот, воды („тянет прыгнуть с горы“, „прыгнуть в воду“), боязнь площадей (агорафобия), — больные могут свободно ходить по полям, в городе же не в состоянии пройти через площадь, причем достаточно помощи маленького ребенка, чтобы страх исчез; этот страх может принять такие размеры, что больной не может вообще двигаться, так как улица, большая комната вызывает фобии. Очень часто встречается так наз. боязнь толпы (кляустрофилия) (в театрах, в вагоне выбирают место у выхода, чтобы в случае паники спастись) и боязнь остаться одному (кляустрофобия). Очень распространены фобии ипохондрического типа: боязнь заболеть сифилисом (сифилидофобия), боязнь быть заживо погребенным и пр. Как далеко могут простираться эти фобии, видно по примеру одной больной, которая, живя за границей, не переписывалась с Россией из-за холеры, свирепствовавшей там на много лет раньше. Большая группа фобий связана со страхом ответственности перед собой, перед другими, часто переплетаясь

с „профессиональным страхом“ (*phobie du métier*): портной боится ножниц, парикмахер — бритвы, актер — сцены, священник — выхода на амвон. Больные боятся, что они сделают с собой что-нибудь, при виде чужого ключа боятся, что могут украсть его и т. д. Большое количество фобий связано со страхом общения с людьми: боязнь общества (*антропофобия*), боязнь взора (*phobie du regard*), связанная часто с чувством своего безобразия (*дисморфобия*). Особенно неприятны становятся опасения тогда, когда они осуществляются напр. — боязнь покраснеть (*эрейтрофобия*), ведущая к фактическому покраснению, боязнь потения, боязнь не удержать мочу, урчания в желудке и пр. Наконец, существует еще беспредметный „страх перед страхом“. Что все эти фобии отражаются на поведении больного, служат ему помехой, — это ясно само собой.

Течение хроническое: начало может относиться к самому раннему возрасту. Болезнь развивается постепенно, реже остро, в связи с какими-нибудь внешними событиями. В картине болезни всегда отмечаются колебания, перерывы на некоторое время, иногда на годы. Во время менструаций — нередко ухудшение. (С возрастом больные научаются справляться со своим состоянием.) В отдельных случаях течение плохое, ведет к непонятному странному поведению, отчуждению от окружающих.

Прогноз в общем неблагоприятный. Лишь в отдельных случаях, особенно в молодые годы, бывает полное выздоровление; начиная с 40 лет обычно наблюдается улучшение.

Этиология. Наследственное отягощение ярко выражено, по Ж а н е, в 92% случаев, причем часто прямое отягощение. Внешние причины служат лишь поводом для заболевания. Ф р е й д связывает навязчивые состояния с детскими сексуальными травмами (впрочем, позднее он внес корректив, что не всегда имеются детские травмы). Механизм заболевания, по Ф р е й д у, таков: аффект „освобождается“, отделяется от неприятного представления, переносится на представления безразличного характера и, символизируя первоначальные представления, становится навязчивой идеей. Это объяснение в значительной мере произвольно. Что касается сексуальных механизмов, то в ряде случаев самый тщательный анализ не в состоянии их обнаружить. Так, возьмем для примера случай П р е н с а (Prince): больной заболел в 40 лет боязнью церквей; подробный анамнез показывает, что когда ему было 14 лет, он, послушавшись мать, простудился, мать поехала его лечить, в дороге заболела и умерла; во время ее похорон больному резко врезался в память звон церквей. Все же совсем отрицать утвер-

ждение Фрейда о большой роли сексуальности в генезе навязчивых идей нельзя. На основании изучения наследственности Гофман (Hoffmann) считает, что навязчивые идеи появляются в результате конфликта двух различных начал: сильного полового влечения с сексуальными перверсиями (шизоидные черты) и мягкости, „совестливости“, мешающих обнаружиться сексуальности (циклоидные черты). Возвращаясь к вопросу о сексуальных переживаниях детства, надо заметить, что такие переживания имеются почти у всех детей, между тем навязчивые состояния встречаются только у немногих. Крепелин апеллирует к специальной конституции, на почве которой возникает психастения, а именно к инфантилизму характера, задержке на детской ступени, указывая, что ряд навязчивых идей мы встречаем у детей, примитивных народов, (склонность все считать, обо всем спрашивать, склонность к суевериям и пр.). Удовлетворительного объяснения механизма навязчивых идей мы не имеем. В последнее время Зеленый сделал попытку физиологического объяснения психастении. Головной мозг этих больных находится в состоянии „парабиоза“ (Введенский); в известной стадии развития этого парабиоза слабые раздражения вызывают возбуждение, сильные — торможение. Исходя из теории Жане о потере функции реального при психостении, Зеленый полагает, что нереальное (= слабое раздражение) вызывает процесс возбуждения, тогда как важное, реальное сильное раздражение — процесс торможения в мозговой коре.

Распознавание. Сходство некоторых симптомов затрудняет иногда отличие от маниакально-депрессивного психоза, тем более, что нередко имеется комбинация этих двух форм. Настроение депрессивных больных значительно труднее поддается внешнему влиянию, чем у психастеников. Навязчивые вопросы и т. п. имеют некоторое сходство с явлениями при маниакальном состоянии, почему некоторые авторы склонны психастению отнести к маниакально-депрессивному психозу. Существенное значение может иметь отграничение от шизофрении, с которой психастения приобретает внешнее сходство, благодаря некоторой замкнутости, ритуалу, связанному с навязчивыми идеями и пр. При психастении нет эмоциональной тупости, нет деградации, а имеется живой напряженный аффект, критическое отношение к своим странностям.

Лечение сводится к психотерапии, гипнозу. Вся задача состоит в воспитании воли, почему показан строгий трудовой режим. Длительные отпуска вредны, необходимо объяснить больному, что ему не грозит „сумасшествие“. Следует иметь в виду, что с навяз-

чивыми идеями надо бороться путем рациональных отвлечений (спорт, путешествие, серьезный труд). В тех случаях, где имеется резкий страх, дают опий.

Сл. 14. Больной К., 37 лет, врач.

М а т ь — слабохарактерная, неустойчивая, тревожная, мнительная, мягкая. В остальном со стороны наследственности ничего особенного.

Рос робким, пугливым, тихим и скромным мальчиком. Плохо учился в школе, так как из-за сильной застенчивости не мог никогда правильно ответить урок. Раннее наступление половой зрелости. С детства сосредоточен на вопросах сексуального характера. До 17 лет мастурбация. Стыдился общества женщин, всегда боялся их чем-нибудь оскорбить или обидеть. С 12 лет впервые „почувствовал свое сердце“. Постоянные страхи за свое здоровье. С 18 лет навязчивый страх смерти. По окончании школы поступил в университет, который окончил в 27 лет.

С течением времени боязнь за свое сердце и боязнь умереть выросли почти до чудовищных размеров, мешавших его профессиональной деятельности. Появилась навязчивая боязнь передвижения по улицам, боязнь остаться в трудную минуту без посторонней медицинской помощи. Всегда старался ходить вместе с каким-либо товарищем-врачом. Держался вблизи аптек, расположение которых великолепно изучил.

Всю жизнь боялся заболеть сифилисом, боялся общего заражения. По несколько раз в день моет руки. Постоянно себя проверяет и контролирует. Сам сознает нелепость своих опасений. Мнителен, ипохондричен и тревожен. Мягок, застенчив, добр, робок и чувствителен. Крайне нерешителен. Переживает мучительные сомнения перед принятием того или иного решения. Всегда ожидает для себя какого-либо дурного события, хотя точно знает, что в жизни у него все идет благополучно. По существу общительный, он сторонится людей, так как его боязнь покраснеть, вспотеть, нечаянно испустить газы, может сделать его смешным в глазах общества. Доведенный до отчаяния своей постоянной мучительной борьбой с навязчивыми состояниями, он поступил в клинику, отмечая, что за день до поступления он около 5 часов простоял в трамвайной будке одной из площадей, поджидая какого-либо знакомого врача, для того чтобы перебраться через площадь. Со стороны неврологической ничего патологического.

Извращения влечений (импульсивное помешательство.) В картине импульсивного помешательства доминируют так наз. *импульсивные действия*, т. е. патологические влечения, которые появляются в сознании неожиданно и с такой элементарной силой, что больной не может не превратить их в действие. Сами действия служат как бы разрядом внутреннего напряжения. Если при навязчивых идеях на первом плане стоят расстройства интеллекта и аффекта, то здесь прежде всего нарушены волевые механизмы. Ярким примером импульсивных действий является влечение к поджогам (пиромания), большей частью у женщин, преимущественно молодого возраста (нередко совпадает с менструационным периодом). Большую роль играет чувство одиночества, которое появляется на чужбине (напр.

у оторванных от семьи прислуг), желание изменить так или иначе обстановку. Само действие производит впечатление безотчетного характера „короткого замыкания“, хотя план поджога нередко в деталях бывает задуман задолго до этого. Иногда поджог сопровождается сексуальным возбуждением. Близким к этим импульсивным действиям является влечение к убийству детей, находящихся на попечении у такого рода больных. Если здесь можно бывает усмотреть отдаленный повод для патологических действий, то этого совершенно нельзя уловить у так наз. отравителей (влечение к отравлениям), тоже большей частью женщин. Более невинный характер носит влечение писать анонимные письма. Распространенным видом импульсивного действия, является влечение к воровству (клептомания), наблюдается чаще у детей и женщин. Сюда относятся, между прочим, кражи в больших магазинах, где много соблазнов. Характерным является то обстоятельство, что предметом кражи служат часто совершенно ненужные вещи, что краденым не пользуются, что иногда краденое возвращают владельцам. В отдельных случаях кражи связаны с сексуальными переживаниями, в частности с так наз. фетишизмом. К импульсивным поступкам относится также влечение к бродяжничеству (дромомания), чаще у мужчин. Все названные импульсивные влечения в большинстве случаев со временем сглаживаются.

Наиболее распространенным видом импульсивных действий являются так наз. половые извращения (перверсии). Сюда относятся: мастурбация, которая является перверсией лишь тогда, когда она превращается в самоцель, вытесняя естественные половые влечения. Под „психическим онанизмом“ понимается мастурбация при содействии представлений, фантазий, без раздражения половых органов. Мастурбация может вести к неврозам; у более примитивных натур — к ипохондрии, у других — к бреду отношения и т. п. От мастурбации надо различать нарциссизм, сексуальную самовлюбленность, которая является (по Фрейду) стадией нормального сексуального развития. Под эксгибиционизмом понимают страсть к обнажению своих половых органов, которая заменяет и вытесняет половые сношения. Фетишизмом называется страсть к предметам (обувь, белье и т. д.), которые вызывают половое возбуждение и служат для мастурбационных целей. Под трансвеститизмом понимается сексуальное влечение, связанное с переодеванием в платье другого пола. Из многочисленных других перверсий интерес представляют: педофилия — сексуальное влечение к детям, содомия — влече-

ние к животным, садизм, т. е. влечение причинить боль половому партнеру и мазохизм — испытывать боль от партнера. К садистам относятся и так наз. „подкалыватели женщин“. Одна из наших больных, узнав, что ее партнерша, с которой она жила гомосексуальной жизнью, — выходит замуж, до такой степени вышла из себя, что схватила нож и стала вонзать его в грудь своей возлюбленной, причем последняя при этом кричала: „глубже, глубже“. Не подлежит сомнению, что здесь имел место садизм со стороны убийцы, мазохизм — со стороны убитой.

Особое значение имеет гомосексуализм, т. е. влечение к своему полу. Интерес к гомосексуализму усилился в психиатрии за последнее время, когда обнаружилось между прочим, что в наследственной таблице шизофреников и гомосексуалистов много общего, что у шизофреников часто (по Блейлеру — всегда) имеются гомосексуальные наклонности, что гомосексуализм является переходной фазой у гетеросексуальных субъектов в раннем детстве. Гомосексуализм может протекать рядом с нормальной половой жизнью, это так наз. бисексуализм, но чаще нормальное влечение вытесняется. Иногда он протекает периодически. Распространен чаще у мужчин, среди всех рас, классов, профессий. Отношение этих больных к своим перверсиям иногда безразличное, большинство же страдает от невозможности жить нормальной половой жизнью, чувства своей половой неполноценности, чувства непонятости, одиночества; около 60% гомосексуалистов совершают попытки на самоубийство. Касаясь патогенеза гомосексуализма, надо сказать, что в основном существуют две теории: кондициональная и конституциональная. Согласно первой теории происхождение гомосексуализма связано с сексуальными впечатлениями раннего детства, с дурным примером, с соблазнами, порожденными обстоятельствами (жизнью в интернатах, на корабле и пр.); большую роль приписывают онанизму. Не отрицая известного значения указанных обстоятельств (впрочем, при вынужденном гомосексуализме правильнее говорить о псевдогомосексуализме, так как эти субъекты при благоприятных условиях возвращаются к гетеросексуальной жизни), необходимо иметь в виду, что такого рода внешние условия существуют для очень многих, а гомосексуализм наблюдается не больше, чем в 2% населения. В последнее время ставят большой акцент на конституциональную обусловленность, рассматривая гомосексуализм как биологический вариант, причем вырисовывается характер соматической и психической конституции этих больных. Если у них и нет специфического строения тела, то во всяком случае часто отмечаются эндокринные стигмы, так,

например, у мужчин растительность по женскому типу, нежная кожа, распределение жира и мускулатуры по женскому типу, груди, таз женского строения, высокий голос. Этому соответствует и психический склад: в детстве—любовь ■ куклам, взрослые—носят корсет, пудрятя, занимаются рукоделием и пр. Вейль находит здесь евнухоидные диспропорции скелета: в норме отношения верхней половины тела ■ нижней—равняется 100:100, у гомосексуалистов же в 90% случаев—100:108 (у евнухоидов 100:125). Из специальных типов телосложения преобладают астеническое и астенико-диспластическое; пикники встречаются очень редко. Это гармонирует с шизоидными компонентами характера у гомосексуалистов. Переходя ■ психической конституции, надо прежде всего отметить, что у 70—80% отмечается общее наследственное отягощение, в 8% — семейно-наследственный гомосексуализм; в части случаев никаких отклонений от нормы нет. У большинства—черты инфантилизма (дебильность, лабильность аффектов, внушаемость), истерия, сензитивность, склонность к мечтательности, фантазерству.

Часть перверсий можно биологически объяснить так наз. психосексуальным инфантилизмом [Кронфельд (Kronfeld)], т. е. задержкой сексуального влечения на недифференцированном в половом отношении детском стадии развития. В этом стадии наблюдаются полиморфные, пресексуальные влечения, в частности стремления обнажать себя и осматривать обнаженные части тела, детский онанизм и т. д. Застреванием на этом стадии объясняется так наз. эксгибиционизм. Внешние факторы определяют содержание данной перверсии, так, например, содомия объясняется нередко тем, что в детстве субъекты были свидетелями содомии у взрослых.

Конституциональный по преимуществу характер перверсии определяет относительно плохой прогноз. Добиться излечения удастся только в незначительной части случаев. Самое важное — это профилактика: правильное сексуальное воспитание; в тех случаях, где имеется значительное участие кондиционального фактора, некоторые успехи дает психотерапия, гипноз, физкультура. В некоторых странах существует закон против гомосексуалистов, карающий эти перверсии тюрьмой. Помимо того, что этот закон, направленный против биологических отклонений, является абсурдом сам по себе и не дает никаких реальных плодов, он действует еще вредно на психику гомосексуалистов. Попытки лечить кастрацией и последующей пересадкой половых желез не дали пока определенных результатов.

Психопатии.

Под психопатиями в узком смысле нужно понимать пограничные состояния, соприкасающиеся с нормой, не проявляющиеся в виде болезненных расстройств, а представляющие аномальные варианты личности, которые отличаются дисгармонией психических свойств, не адекватностью реакций на внешние раздражения, вследствие чего в большей или меньшей степени нарушаются те или иные функции и затрудняется приспособляемость субъекта к окружающей среде. Из самого определения понятия о психопатии ясно, что соответствующие особенности присущи данному субъекту в течение всей его жизни, являясь свойствами характера, т. е. структуры этой самой личности. Однако особенности психопатов, их дисгармоничность и неадекватность реакций изменяются и колеблются в течение жизни, в зависимости от биологических и социальных факторов. Психопатам свойственна повышенная неустойчивость, подчеркнутая ранимость, вследствие чего указанные колебания отличаются особою резкостью и размахом. Так, в первую очередь биологические пертурбации в организме, связанные, например, с пубертатным периодом, менструациями, беременностью, климактерием и вообще периодом предстарческого увядания организма — особенно резко отражаются на психопатах, давая ухудшения в их состоянии. Здесь имеют большое значение и соматические недочеты, нередко свойственные психопатам: у них часто наблюдаются вегетативные и эндокринные расстройства, аномалии обмена веществ, вазомоторная неустойчивость и пр. Легкие инфекции, ничтожные повышения температуры, незначительные травмы, проходящие бесследно у более устойчивых, нормальных людей, могут дать у психопатов длительные и тяжелые реакции. Вместе с тем у многих из них бывает резко выражена невыносимость по отношению к алкоголю и др. наркотикам, которые особенно сильно ухудшают их состояние. Неадекватность реакции на окружающее выявляется в большей или меньшей степени в социальной жизни. Неблагоприятные внешние условия особенно быстро выбивают психопатов из колеи и отражаются на их поведении. Многие из них по самым свойствам своего характера легко могут вступать в конфликт с окружающими, а иногда и с законом, чем и определяется повышенная преступность психопатов. Неблагоприятные моменты могут настолько нарушить их и без того неустойчивое равновесие, что во многих случаях развиваются и более резкие психотические вспышки. В главе о психогениях нами уже упоминалось, что эти реактивные

расстройства преимущественно и, во всяком случае, в своих наиболее тяжелых формах наблюдаются у лиц предрасположенных, т. е. главным образом у психопатов. В общем психопаты лишь в известные периоды своей жизни, при ухудшениях под влиянием биологических ■ социальных факторов, попадают под наблюдение психиатра. Обычно же они живут ■ работают ■ нормальной среде, иногда обнаруживая значительную продуктивность, но ■ то же время отличаясь теми или иными странностями и особенностями.

Классификация психопатий представляет огромные трудности. Данная область психиатрии до сих пор является наименее разработанной, и это вполне понятно, если принять во внимание, что учение о психопатиях из всех отделов психиатрии труднее всего могло быть связано с анатомофизиологическим субстратом ■ потому не поддается до сих пор нозологическому определению; поэтому выделение отдельных типов психопатии было довольно произвольно и чуть ли не каждый автор, касающийся этой темы, дает свою собственную классификацию, положение давно уже изжитое в других областях психиатрии. Лишь за последние годы накопился ряд фактов, дающих возможность надеяться на построение в ближайшем будущем биологической классификации психопатий. Наиболее важным достижением в этом отношении является установление ряда корреляций, определяющих биологические особенности отдельных форм психопатий. Психопатологическим исследованием установлено за последнее время биологическое и симптоматологическое сродство отдельных психопатий с определенными психозами; разница лишь в том, что при первых имеется недостаток определенных психических механизмов, при вторых—их болезненные изменения ■ разрушения (эпилепсия ■ эпилептоидная психопатия, шизофрения и шизоидная психопатия и пр.). Сходства проявлений при различных психозах и соответствующих им психопатиях еще более становятся ясными, если принять во внимание принцип полярности в проявлении психических функций. Физиологической основой этого принципа является колебание между возбуждением и торможением; клинически он проявляется в а н т и н о м и я х, разного рода противоположностях, которые, однако, объединяются общим субстратом: колебания функций одного и того же механизма дают внешне различные, а внутренне родственные изменения. К р е ч м е р обратил особое внимание на полярность психических феноменов и установил так называемую диатетическую (колебания между маниакальным возбуждением и депрессией) и психэстетическую пропорции (колебания между холодностью и повышенной чувствительностью), которые

свойственны циклоидным (первая) ■ шизоидным (вторая) характерам ■ в которых выявляются полярные колебания определенных психических свойств. Число пропорций может быть дополнено, по нашему мнению, эпилептической ■ истерической: при эпилептической пропорции мы имеем колебания между импульсивностью, стеничностью, жестокостью, с одной стороны, ■ ханжеством, льстивою приниженностью—с другой (колебания преимущественно касаются отношения субъекта ■ внешнему миру); при истерической пропорции наблюдаются колебания между внушаемостью и упрямством, между крайним эгоизмом и способностью ■ самопожертвованию, между анестезией и гиперестезией (не только ■ области чувствительности в неврологическом смысле, но и в области психических переживаний). Понятия о полярности психических свойств, об антиномиях и пропорциях чрезвычайно важны для понимания психопатической личности. Противоречия (антиномии) свойственны и норме, но они особенно бывают резки у психопатов, доходя до степени контрастов: так наз. контрастное напряжение, связанное с противоречивостью наследственных свойств (Г о ф м а н) и является в известной степени основой психопатической дисгармоничной контрастной личности. Эти антиномии течение жизни субъекта проявляются больше или меньше, в зависимости от биологических и социальных факторов, которые могут способствовать некоторому сдвигу в структуре данной личности. При одних условиях больше выявляются одни стороны данного характера, при других — другие; различные антиномии, противоречивые свойства данного психопата, могут расцветать в одной среде и отходить на второй план при иных констеляциях. Если жестокий активный деспот впадает в ханжество, замаливает свои грехи в монастыре (исторические примеры многочисленны), то здесь мы имеем не изменение данной личности, а проявление противоречивых, связанных в определенной пропорции свойств, которые под влиянием биологических причин (часто просто под влиянием возраста) и внешних условий больше или меньше выпячиваются в данном характере¹⁾. Иногда при наследственно-биологическом анализе данной личности можно бывает установить происхождение контрастных свойств от разных предков; субъект, показывая при разных ситуациях разное лицо, проявляет лишь имеющиеся в нем наследственные и приобретенные контрастные свойства, которыми и определяется его психопатичность. Помимо жизненно-эпизодической ситуации, характер психопатов проявляется и в почти одновременной пестрой смене проти-

1) Особенно резко такие противоречия выявляются у психопатов-преступников (Г о ф м а н, К р а с н у ш к и н).

воположных тенденций (жестокость и благочестие, холодность и чувствительность ■ пр.). Чрезвычайно важно, что указанные выше пропорции в одинаковой мере свойственны ■ психозам и сходным с ними психопатиям. В этом и заключается первая биологическая корреляция психопатий. Первая корреляция подкрепляется второй — генетической, которая устанавливает связь психоза и психопатий ■ области наследственных отношений: родство между эпилепсией ■ эпилептоидной психопатией, шизофренией и шизоидной психопатией ■ пр. (Гофман). Третья биологическая корреляция, установлением которой мы обязаны Кречмеру, определяет взаимоотношения между характером и телосложением; четвертая корреляция — между характером (и строением тела) и моторикой (Гуревич). При этом мы отметили наличие полярности также и в моторной области, что позволяет говорить о моторных пропорциях. Гуревичем установлены следующие пропорции: шизоидная — между задержкой (Sperrung) и кататоническим возбуждением, циклоидная — между заторможением (Nemmung) и маниакальным возбуждением, эпилептическая — между замедленностью и эксплозивностью движений, истерическая — между паретической слабостью и детской подвижностью. Третья и четвертая корреляции, устанавливая связь между характером, телосложением и двигательными функциями, в то же время подкрепляют первые две корреляции, так как ими определяется также общность особенностей телосложения ■ моторики при психопатиях и соответствующих им психических расстройствах. Приведенными корреляциями, конечно, не исчерпываются биологические соотношения, которые могут иметь значение при изучении психопатий; исследование вегетативных и эндокринных особенностей психопатов могут в этом отношении дать ряд новых данных, но уже и имеющихся достаточно для того, чтобы признать наличие известного биологического материала для построения понятия о психопатиях и их классификации.

Приводя ниже некоторые частично уже биологически очерченные формы психопатий, мы, однако, должны подчеркнуть неполноту и провизорность этой новой классификации, с одной стороны, недостаточную четкость отграничения отдельных форм, с другой.

Шизоидная психопатия характеризуется своим сходством с шизофренией или, правильнее, с ее простой формой. Шизоидным психопатам свойственны следующие признаки: 1) со стороны телосложения — астенический или диспластический (часто евнухоидный) тип; 2) со стороны двигательной — неловкость, неуклюжесть движений, синкинезии, недостаточность

мимики ■ выразительных движений, монотонная, немодулированная речь; приэтом возможна частичная двигательная одаренность (напр. ручная умелость). Моторная пропорция шизоидных психопатов колеблется между задержкой ■ импульсивным, порывистым нелепым возбуждением; 3) со стороны психической шизоидным психопатам свойственны: аутистическая установка, малообщительность, недоступность, склонность к абстрактному мышлению, резонерству, бесплодному мудрствованию. При хорошем интеллекте может быть большая продуктивность в сфере абстрактных построений. Со стороны аффективности шизоидным психопатам свойственна психэстетическая пропорция — между холодностью, бесстрастностью, равнодушием к окружающему, с одной стороны, и чрезмерной чувствительностью, ранимостью, сензитивностью — с другой; 4) в поведении шизоидных психопатов отмечаются нелепости, странности, склонность к автоматизму, к стереотипиям, импульсивным поступкам; их действия часто неожиданны, выходки носят нелепый характер; они то чрезмерно развязны, то слишком застенчивы, то усиленно работают, забывая о пище и сне, то бездельничают, предаются мечтательности, фантазиям, оторванным от действительной жизни. Обычно они крайне обидчивы, самолюбивы, с большим самомнением и в то же время с постоянными сомнениями в своих силах или же, наоборот, недоступны никаким сомнениям, фанатичны, прямолинейны, упрямы. При очень хороших иногда способностях шизоидные психопаты могут быть необычайно продуктивны в своей деятельности, при отсутствии особых способностей и невозможности компенсировать свойственных им психических недочетов, они в лучшем случае выполняют ту или иную работу, но приэтом живут замкнуто, слывут чужаками; нередко они могут быть почти неспособными, совершенно не уживаются с окружающими, растрачивают свои силы на различные непродуктивные занятия, нелепое коллекционерство, писание никому ненужных фантастически странных произведений и пр. Существует несколько разновидностей шизоидной психопатии: с преимущественными аномалиями в интеллектуальной сфере при сравнительно незначительных отклонениях в других отношениях или же с преимущественным развитием аномалий эмоциональной сферы в том или ином отношении (сензитивные, фанатики и пр.).

Распознавание от простых и медленно текущих форм шизофрении в некоторых случаях представляет значительные затруднения и возможно лишь на основании длительного наблюдения; для психопатов характерно отсутствие перелома в жизни больного, связанного с началом шизофренического процесса, а глав-

ное — отсутствие деградации психики — прогрессиентного течения болезни. Между шизофренией ■ шизоидной психопатией во всяком случае имеется принципиальное различие: шизофрения не может считаться простым заострением или ухудшением психопатии, она вносит нечто новое, разрушительное ■ психику субъекта, психопатия же представляет из себя совокупность свойств, постоянно присущих данному индивидууму. Конечно, шизоидный психопат может заболеть шизофренией, но, как показали наблюдения, это бывает не так часто, ■ с другой стороны, мы знаем, что шизофренией заболевают нередко субъекты, до болезни не обнаруживавшие шизоидно-психопатических признаков.

Циклоидная психопатия характеризуется клиническим ■ генетическим родством с маниакально-депрессивным психозом. Резких границ между ними провести невозможно. Следует, однако, иметь в виду, что общие обеим формам особенности несколько иначе распределяются в картине ■ течении болезни. Между тем как при маниакально-депрессивном психозе и циклотимии мы имеем оформленные приступы, так или иначе временами изменяющие психику и поведение больного, при циклоидной психопатии мы таких оформленных приступов не имеем и соответствующие особенности постоянно свойственны психике психопата, будучи тесно связаны со всей структурой его личности. Циклоидные психопаты характеризуются следующими признаками: 1) со стороны строения тела это обычно пикники, 2) со стороны моторной — ловкие, с плавными движениями, технически одаренные; моторная пропорция колеблется между заторможением и психомоторным возбуждением, сказывающимся в повышенном стремлении к деятельности, богатстве мимики и др. выразительных движений, 3) со стороны психики циклоидные психопаты характеризуются доступностью, общительностью, склонностью к эндогенным колебаниям настроения между депрессией и гипоманией (диатетическая пропорция Кречмера). Иногда наблюдается раздражительность, возбуждение с аффектом гнева и пр. В некоторых случаях бывает преобладание определенного настроения и связанного с ним биотонуса; таким образом мы наблюдаем то субъектов почти всегда гипоманиакальных, психомоторно возбужденных, суетливых, с повышенным биотонусом, то депрессивных с пониженным биотонусом и психомоторным заторможением. Интеллект обычно в пределах нормы, с склонностью преимущественно к конкретному мышлению. Циклоидные психопаты обычно удовлетворительно справляются с своей работой, но в некоторых случаях в связи с постоянным возбуждением, суетливостью и пр.

наблюдается неспособность к систематическому труду, склонность к частым конфликтам с окружающими.

Эпилептоидная психопатия характеризуется клиническим и генетическим родством с эпилепсией, отличаясь, однако, от последней отсутствием прогрессирующего течения, деградации, тенденции к слабоумию. Эпилептоидной психопатии свойственны: 1) атлетическое или диспластическое, реже астеническое телосложение, 2) частые вазомоторные расстройства, 3) моторная пропорция между медленностью и эксплозивностью движений, 4) со стороны психики — крайняя раздражительность, склонность к аффективным взрывам, жестокость, повышенные влечения низшего порядка, эгоизм, эгоцентризм и пр. Обычно, но не всегда, это субъекты невысокого интеллекта, с медленным, вязким, неповоротливым мышлением, склонностью застревать в узком круге интересов и идей. Все эти свойства делают эпилептоидов крайне тяжелыми и даже опасными в общении; они часто совершают преступления в состоянии аффекта, алкоголизм особенно резко ухудшает их поведение. Упомянутое уже сходство с эпилепсией в некоторых случаях еще больше увеличивается, благодаря наличию судорожных припадков, похожих на эпилептические, но отличающихся тем, что они возникают не эндогенно, а на высоте аффекта и никогда не бывают ночью.

Реактивно-лабильная (истероидная) психопатия характеризуется клиническим и генетическим родством с истерией, отличаясь от последней отсутствием патологических неврологических симптомов (стигм) и тех черт истерического характера, которые являются последствием длительных истерических проявлений. Так как, однако, реактивно-лабильные психопаты часто дают истерические реакции на неблагоприятные условия, то полное разграничение этой формы от истерии не всегда может быть строго проведено. Реактивно-лабильной психопатии свойственны следующие признаки: 1) инфантильно-грацильное, или пикническое телосложение, 2) инфантильная моторика — богатство и грациозность движений, подвижность мимики, хорошо развитые выразительные движения при отсутствии способности к точности и длительному напряжению в работе, 3) со стороны психики отмечаются повышенная впечатлительность, отвлекаемость, внушаемость, склонность к рисовке, эмоциональная лабильность, повышенная неадекватная реакция на внешние раздражения, недостаточная самостоятельность, общая детскость, неспособность к абстрактному мышлению. На таких людей нельзя положиться, они слишком неустойчивы, капризны, эмоциональны;

однако, несмотря на эти недочеты, такие психопаты все же не отличаются теми неприятными и антисоциальными чертами, которые свойственны истерии. Нередко они обладают односторонней одаренностью, особенно ■ области искусств, ■ тогда их деятельность представляет известную ценность; большей же частью это люди мало продуктивные, слабые, требующие поддержки; страсть к новым впечатлениям ■ внешнему блеску при отсутствии навыков к труду ■ общей неустойчивости могут создать предпосылку для правонарушений: они могут быть вовлечены более сильными субъектами ■ воровские и мошеннические организации, занимаются проституцией, нищенством и пр., их положение в жизни особенно зависит от внешних условий, от той поддержки, которая оказывается им окружающими.

Указанные выше формы психопатии, более или менее биологически-обоснованные, как мы уже упоминали, не вполне охватывают всю массу психопатических личностей, и поэтому практически важно также ознакомиться с группировкой К р е п е л и н а, дающего более полную обрисовку клинических разновидностей психопатий. Впрочем, как мы увидим, большинство выделенных К р е п е л и н о м групп могут быть отнесены к той или иной из указанных выше психопатий. Переходим к краткому описанию выделяемых К р е п е л и н о м типов психопатий.

Возбудимые (Erregbare). Эта форма очень частая, она характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью; аффекты вызываются по разным поводам, являясь неадекватной, несоразмерно сильной реакцией на внешние раздражения, иногда сравнительно ничтожные. Во время приступов раздражения такие субъекты могут быть опасны для окружающих, наносят повреждения себе и другим, нередко покушаются на самоубийство, совершают преступления; возбуждение может длиться часами, затем наступает успокоение, при этом возможна неполная ясность воспоминания о происшедшем, что указывает на патологичность аффекта. В промежутках между приступами аффекта такие субъекты бывают приветливыми, общительными, работоспособными. С физической стороны это часто люди с плохим питанием, слабого телосложения, с некоторыми чертами врожденного недоразвития. Возбудимые представляют из себя разновидность, которая в значительной своей части укладывается в эпилептоидную психопатию, однако часть из них с менее резкими проявлениями патологических аффектов относится к циклоидным (гипоманиакального типа) психопатам.

Неустойчивые (Haltlose). Неустойчивость, лабильность настроения, эмоциональная подвижность, неровность поведения, край-

няя податливость и зависимость от внешних влияний, слабая работоспособность, неспособность к сколько-нибудь длительному и систематическому напряжению характеризуют этот тип. При наличии психической неустойчивости влияние среды резко определяет и психические проявления ■ всю жизнедеятельность таких людей; при хороших внешних условиях, при наличии руководства со стороны старших в семье, неустойчивые могут работать ■ представлять известную ценность ■ социальном отношении, предоставленные же самим себе они быстро подпадают под любое вредное для них влияние и социально деградируют. Особенно часто такие психопаты являются жертвами наркоманий — алкоголизма, кокаинизма, морфинизма и пр. Довольно часто неустойчивым психопатам свойственны также некоторые неврологические симптомы: понижение рефлексов со слизистых, дрожание, повышение сухожильных рефлексов, расстройство сна, ряд вегетативных симптомов. Эта форма может считаться одной из разновидностей реактивно-лабильной психопатии.

Лгуны и фантасты (мифоманы, псевдологи). Эта форма обнимает группу случаев, основным свойством которых является повышенная деятельность воображения, фантазии при слабости активных психических функций. Дело идет обычно о людях, которые на первый взгляд кажутся способными, начитанными, быстро все схватывающими, живыми, не лишенными внешнего блеска; в действительности же их знания поверхностны и отрывочны, они малоспособны к систематическому труду, отвлекаемы, легкомысленны, без достаточной выдержки; их эмоциональные потребности находят себе удовлетворение в фантазии, выдумке, лжи. Хвастовство, преувеличения, при которых собственная личность выставляется в блестящем освещении, разного рода фантазии складываются в более или менее сложный роман, в котором от случая к случаю меняются детали, но главным действующим лицом является сам фантаст. В конечном счете для таких психопатов теряются границы между вымыслом и действительностью, они сами готовы верить своим измышлениям. Они разыгрывают из себя каких-либо высокопоставленных лиц с романтическим прошлым и трагической судьбой, борцов за правое дело, окруженных жуткой тайной, и т. п. Жизнь не по средствам, самозванство, мошенничество и подлоги являются следствием их попыток осуществления своих фантазий. В результате, конечно, получают столкновения с законом. Наибольшую близость лгуны и фантасты обнаруживают к истерии, что еще резче подчеркивается частым наличием у них отдельных истерических стигм и склонностью к исте-

рическими реакциям при неблагоприятных условиях, например во время тюремного заключения.

Странные, чудаки (Verschrobene) — не требуют здесь особого описания, настолько эта форма совпадает с шизоидной психопатией. Нужно только сказать, что понятие „verschroben“ у Крепелина несколько уже, ограничиваясь лишь случаями с резкими расстройствами поведения и аффективной жизни и почти не захватывая случаев с особенностями интеллекта и моторики.

Сварливые (Streitsüchtige); относящиеся к этой группе психопаты отличаются постоянной резкой раздражительностью, эгоизмом ■ упрямством; они непрерывно ссорятся с окружающими, всюду видят нарушения своих прав, страстно защищаются, кляузничают, пристают с бесконечными просьбами о защите, подают заявления ■ суд и другие инстанции и пр. Эта форма близка к возбудимым, но в то время, как у последних аффект быстро нарастает и проходит, совершенно сглаживаясь, — у сварливых наблюдается особая стойкость аффективного напряжения, постоянство боевого настроения. Последнее обстоятельство сближает их с кверулянтами, но разница в том, что кверулянты имеют определенный исходный пункт для борьбы, сварливые же готовы ввязаться в конфликт по всякому мелкому поводу, и предметы их страстной борьбы меняются без конца сообразно с внешними обстоятельствами. Сварливые не могут быть безоговорочно отнесены к какой-либо из основных форм психопатий, несомненно у них имеются и эпилептоидные и гипоманиакальные черты, поэтому нужно думать, что здесь мы имеем сложную форму, связанную со смешанным predispositionом.

Одержимые влечениями (Triebmenschen). Этот тип психопатий характеризуется преимущественным, преувеличенным влиянием влечений на поведение. Если в норме поступки определяются естественной борьбой мотивов, то у психопатов данного типа их деятельность определяется главным образом влечениями, часто проистекающими из подсознательных источников. При этом, в отличие от описанного выше импульсивного помешательства, при котором отмечаются болезненно извращенные и болезненно направленные влечения, у психопатов описываемого здесь типа дело идет о влиянии обычных влечений и желаний, свойственных каждому, но при нормальных условиях сдерживаемых в известных границах иными мотивами. Это обычно люди с средним интеллектом, с повышенной самооценкой, неустойчивым настроением, склонностью к эмоциональным колебаниям и аффективным вспышкам. То обстоятельство, что их деятельность определяется преимущественно

желаниями, влечениями, оказывает огромное влияние на их поведение ■ на весь порядок их жизни. Они часто крайне расточительны, так как не могут удержаться от покупок. Влечение к алкоголю, морфию, курению приобретает у таких людей особенное значение; под влиянием отравления еще больше подчеркиваются дисгармоничные черты их психики, они совершенно теряют власть над собою, каждое желание моментально стремятся выполнить. В иных случаях на первом плане у таких психопатов наклонность к ненужным путешествиям, бродяжничеству. Само собой разумеется, что различные влечения отвлекают психопатов от регулярной трудовой жизни; для удовлетворения своих потребностей им нередко приходится прибегать к лжи, воровству и другим преступлениям, приводящим их к конфликту с обществом. Этот тип также не может быть уложен целиком ни ■ одну из вышеуказанных основных форм. Впрочем, позволительно сомневаться в необходимости его отграничения от описанной выше формы расстройства влечений (импульсивного помешательства), относящейся к врожденным болезненным аномалиям.

Антисоциальные психопаты (враги общества). Всякий психопат практически может оказаться антисоциальным. Однако многие авторы выделяют все же особую группу антисоциальных психопатов, которые по самым своим свойствам всегда и всюду неминуче вступают в столкновения с интересами окружающих и всего общества. Это субъекты крайне эгоистичные, жестокие, находящие удовольствие в чужих страданиях и неприятностях, в мучениях животных, маленьких детей и пр., активно вредящие окружающим. Интеллект обычно нормален; в более тяжелых случаях, давно описанных английскими авторами под названием *moral insanity*, отмечается и общее умственное недоразвитие, заставляющее таких субъектов относить к числу олигофренов. Нередко у антисоциальных психопатов наблюдается диспластическое телосложение и ряд физических признаков дегенерации. С точки зрения намеченной выше биологической группировки психопатий, антисоциальный тип несомненно должен быть признан имеющим смешанный характер; в него входят некоторые случаи эпилептоидов, импульсивных, одержимых влечениями и даже олигофренов. Несомненно признак антисоциальности не может служить критерием для нозологического разграничения и является лишь термином, практически объединяющим разнородные по существу случаи.

Течение и прогноз психопатий определяется самой сущностью этих аномалий, которые присущи индивидууму в течение всей его жизни и подлежат лишь колебаниям в зависимости от

биологических ■ особенно социальных факторов. Чем больше одаренность психопата, позволяющая ему компенсировать недочеты и дисгармонию его психики, чем благоприятнее условия жизни и работы, тем больше шансов на возможность благоприятного течения жизни психопата. При тяжелых условиях психопаты дают психогенные реакции, нередко принимающие форму выраженных психических расстройств (см. гл. о психогенных реакциях).

Лечение ■ профилактика психопатий основаны на тех же моментах. Уже в детстве необходимо принятие соответствующих профилактических мер: обучение ■ воспитание должно сообразоваться с особенностями психопатической психики; развивая те или иные способности таких детей, необходимо их энергию направлять по целесообразному руслу с целью частичного плодотворного вытеснения и замены низших влечений, нередко доминирующих в данной психике; необходимо воспитание социальных навыков, внутренней дисциплины в противовес дисгармоничным уклонениям, свойственным психопатической личности. Эти задачи могут осуществляться и при обучении в массовой школе при условии рационального школьного надзора и организации диспансерной помощи. В более же тяжелых случаях необходимо обучение и воспитание психопатических детей в особых психоневрологических санаториях. Тяжелые антисоциальные психопаты подлежат помещению в учреждения колониального типа со строгим трудовым режимом. Особенно важна борьба с детской беспризорностью; среди социально запущенных детей много психопатов, подлежащих специальному режиму и перевоспитанию. В дальнейшем по отношению к подросткам-психопатам важна правильная их профориентация, направление их на работу, соответствующую их способностям и особенностям. Очень важно устранение возможности алкоголизма и пр. наркоманий, как и других вредных моментов (в частности профвредностей), особенно пагубно действующих на психопатов. При наличии ухудшения важно своевременное помещение в специальные санатории, а в некоторых случаях и в психиатрические больницы. В случае совершения преступления особенно важно вмешательство психиатра; при этом экспертиза должна учесть особенности психопатической личности, а с другой стороны, принять во внимание необходимость мер защиты общества от опасных психопатов. При этом, однако, помещение психопатов в тюрьмы может вредно отразиться на их здоровье, способствуя развитию на почве психопатий острых реактивных вспышек (тюремных психозов). Равным образом и длительное пребывание тяжелых психопатов в психиатрических больницах также нежела-

тельно, так как они, с одной стороны, отвлекаются от активной трудовой деятельности, а с другой, вносят в жизнь больницы нежелательные осложнения. Таким образом по отношению к психопатам требуются специальные меры защиты в виде организации особых закрытых учреждений, куда такие лица должны помещаться в случае признания их опасного состояния. К счастью, лишь незначительное число психопатов представляется столь опасными и требующими защиты от них общества; в огромном большинстве случаев психопаты при улучшении внешних условий более или менее выравниваются и могут жить и работать среди здоровых людей. По отношению к ним особенно важной является организация диспансерной помощи, благодаря которой получается возможность своевременных профилактических и лечебных мероприятий без травмирующего таких лиц помещения в закрытые психиатрические учреждения.

ОЛИГОФРЕНИЯ.

Под названием „олигофрения“ объединяются многочисленные болезненные формы, различные по патогенезу, но сходные по своим проявлениям и выражающиеся в недоразвитии психики и всего организма. Самый термин „олигофрения“ — малоумие — определяет основной признак психического недоразвития ■ отличие от деменции (слабоумия), под которой следует подразумевать болезненное оскудение психики, ее распад. Принципиально следует считать олигофренией лишь такую задержку развития, которая является следствием наследственного вырождения или же конгенитальных причин (поражение зачатка, плода); нужно, однако, сказать, что и поражение нервной системы в первые месяцы и даже годы жизни настолько задерживает развитие индивидуума, что в конечном счете получаются явления психической недостаточности, ничем не отличающиеся от врожденных форм. Поэтому фактически в составе олигофрении мы имеем формы недоразвития, вызванные как врожденной недостаточностью, так и заболеваниями, поразившими нервную систему в раннем возрасте.

Для концепции олигофрении важен еще один основной ее признак — отсутствие прогрессивности: в основе недоразвития лежит или стойкая недостаточность нервной системы, или столь же стойкие *residua* — остатки раннего процесса — рубцы, запустения и т. п. Ни анатомически, ни клинически при этой болезни не отмечается дальнейшего разрушения, так как нет активного процесса. Наконец, последний пункт, который следует подчеркнуть при определении понятия олигофрении, состоит в том, что при этой болезни мы имеем в сущности недоразвитие не только психики, но и всего организма, — это кладет особый отпечаток на всю личность олигофрена, отличая его от заболевших в течение жизни психически больных.

Симптоматология. Хотя, как сказано выше, олигофрения ■ сущности характеризуется недоразвитием всего организма, однако преимущественное значение с психиатрической точки зрения имеет недоразвитие психики, определяемое самым названием болезни.

При этом, особенно в прежнее время, главное внимание обращалось на степень умственной недостаточности. С этой точки зрения и установилось издавна деление олигофрении на три степени — глубокую — идиотию, среднюю — имбецильность, и легкую — дебильность. Эти три ступени обнимают собой все переходы от самых тяжелых случаев — почти полного отсутствия психических функций до состояний близких к норме. Границы между указанными тремя формами, само собой разумеется, произвольны. Попытки сравнения взрослых олигофренов со степенями развития психики, свойственными нормальным детям разных возрастов, конечно, могут приниматься лишь с оговоркой, так как олигофрен не представляет из себя просто субъекта, задержавшегося в своем развитии на определенном детском возрасте; он развивается не только недостаточно, но и дисгармонично, у него имеются функции и навыки, частью свойственные его возрасту и частью соответствующие более ранним детским возрастам, причем получается не только количественная, но и качественная неполноценность. С такими оговорками можно условно сравнивать взрослых идиотов с детьми до 2 лет, имбециллов с детьми до 7-летнего возраста.

Глубокая степень *идиотии* характеризуется почти полным отсутствием психических функций; у таких больных совершенно не развивается речь, они не плачут и не смеются, лишь издают нечленораздельные звуки; они не узнают окружающих, их внимание ничем не привлекается, они не следят за движущимися предметами, не прислушиваются к звукам, реагируют лишь на сильную боль, выражение лица у них совершенно тупо и бессмысленно, они не различают съедобное от несъедобного, глотают пищу не прожевывая; однако даже у таких идиотов наблюдаются аффекты гнева с склонностью кусаться, причем они иногда кусают собственные части тела или наносят себе разные повреждения. Элементарные сексуальные раздражения наблюдаются иногда у самых глубоких идиотов — они ожесточенно онанируют на глазах у всех и приходят в крайнюю ярость, если им мешают. У менее глубоких идиотов отмечается некоторая способность к восприятию, предметами, звуками и пр. Они уже узнают своих близких, обнаруживая иногда по отношению к ним элементарную привязанность. С ними возможно вступить в некоторый контакт, они понимают назначение простейших вещей, встречающихся в домашнем обиходе, схватывают простые вопросы, исполняют некоторые приказания, обнаруживают память на простейшие усвояемые ими

данные. Запас представлений у таких идиотов остается все же крайне ничтожным; речь развивается, но весьма недостаточно, она технически несовершенна, грамматически неправильна, бедна по содержанию. Нередко у них бывает даже значительный запас слов, но эти слова лишены смысла. Больные болтают часто без умолку, но их речь представляет набор слов, лишенных содержания. Писать и читать такие идиоты не научаются, но могут выполнять под надзором простейшую работу. Аффекты бывают более или менее сильно выражены; сексуальная жизнь обычно выражается также ■ онанизме, но иногда наблюдается и агрессивность по отношению к другому полу.

Имбециллы уже способны к некоторому обучению, у них довольно развитая, ■ сравнении с идиотами, речь, хотя и отличающаяся некоторыми частичными дефектами; они научаются чтению, письму ■ элементарному счету; их можно приучить к несложному труду; однако и у имбециллов запас представлений ничтожен, абстрактные понятия им недоступны. Имбециллы легких степеней могут даже обучаться в так называемых вспомогательных школах, приноровленных по программе и методам преподавания к умственно отсталым детям. К самостоятельному труду все же они остаются неприспособленными, могут работать лишь под наблюдением и по указанию других. Поведение имбециллов находится в большой зависимости от особенностей их эмоциональной жизни и силы свойственных им влечений: одни из них добродушны, приветливы, трудолюбивы, другие упрямы, злы, склонны к сильным аффективным вспышкам, лживы, ленивы, агрессивны; у многих повышенное сексуальное влечение, причем мужчины бывают агрессивны, склонны к насилиям, женщины простиитуируют, рано начинают половую жизнь и беременеют в очень юном возрасте. При недостаточности высших сдерживающих психических функций имбециллы бывают склонны к импульсивным поступкам, насилиям и т. п. Особенно резко выявляются аффекты и влечения у них при злоупотреблении алкоголем, по отношению к которым такие больные обычно бывают мало выносливы. Вообще при недостаточном надзоре имбециллы нередко совершают правонарушения (поджоги, убийства малолетних и т. п.), которые обычно имеют бессмысленный характер и элементарную мотивировку: например один имбецилл натаскал камни и бревна на железнодорожный путь, чтобы посмотреть как упадет поезд, имбецилка задушила малолетнего брата, потому что он ей мешал своим криком, и т. п. Кадры бродяг, нищих, проституток в значительном числе пополняются имбециллами.

Дебильность, как более легкая степень олигофрении, приближается уже к норме. Сюда относятся субъекты неполноценные, но все же способные к приобретению знаний. Им трудно учиться в обычной школе, они часто остаются по несколько лет в одном классе и школы не оканчивают; больше результатов может дать для них вспомогательная школа, где и надлежит обучать сколько-нибудь выраженных дебилов. У них уже обычно хорошо развита речь, но их восприятия не точны, внимание не стойко, трудоспособность не достаточна; образование понятий им не вполне доступно, к абстрактному мышлению они почти не способны. Дебилы могут работать, но при сколько-нибудь квалифицированном труде — теряются, не справляются с делом, требуют помощи и руководства, самостоятельное место в жизни им трудно занять. Характер и поведение их зависит конечно также от особенностей их аффектов и влечений, не говоря уже о значении воспитательных воздействий и вообще влияния среды, ■ которой им приходится жить. При неблагоприятных условиях и дебилы часто идут по антисоциальному пути — воровство, нищенство, проституция наблюдается у них очень часто. Будучи несамостоятельными, податливыми, доверчивыми, плохо ориентируясь в правовых понятиях, дебилы нередко при совершении преступления становятся орудием в руках профессиональных преступников.

Для определения степени отсталости существует ряд методов, основанных на применении тестов (Бинэ, Россолимо и др.). Эти методы, больше применимые на детском материале, имеют значение ориентировочных, они позволяют установить как велика отсталость в умственном отношении. Однако, помимо интеллектуальных функций, эти способы мало дают для определения других сторон психики — характерологических особенностей, темперамента, поведения и пр., а между тем, эти особенности имеют очень большое значение для определения полного психического облика олигофрена, что возможно лишь на основании более или менее длительного наблюдения. Различие темперамента особенно резко сказывается на личности олигофрена: обычно выделяются формы эретические, подвижные, с одной стороны, и торпидные, вялые — с другой.

Как уже упоминалось, биологическая неполноценность олигофренов сказывается не только в недоразвитии психических функций, но и в других особенностях организма, поэтому при обследовании олигофренов необходим учет всех уклонений как психических, так и соматических. Прежде всего в области физического развития у олигофренов очень часты различные не-

достатки. Сложение тела обычно диспластическое, дисгармоничное; рост чаще всего недостаточный, в более редких случаях чрезмерно большой, вес тела или очень мал или наоборот слишком велик — особенно в зависимости от излишнего отложения жира. Очень часты резкие несоответствия длины конечностей и размеров туловища, чрезмерное, недостаточное или уродливое развитие половых органов, запаздывание полового созревания или слишком раннее возмужание, недостаточная или излишняя волосистость и т. п. Очень обычны далее аномалии со стороны черепа, его слишком малые или слишком большие размеры, асимметрии, недоразвитие или чрезмерное развитие лицевых частей, неправильный рост зубов, недостатки развития органов чувств (зрение, слух). Вообще у олигофренов очень часты аномалии строения и формы отдельных частей, объединяемые обычно под названием дегенеративных признаков: волчья пасть, заячья губа, альбинизм (недостаток пигмента в волосах, радужной оболочке, коже), полидактилия (лишние пальцы на руках и ногах), полимастия (лишние грудные железы), перепонки между пальцами, многочисленные особенности строения ушных раковин, аномалии и уродства внутренних органов, левшество, аномалии половых органов (гермафродитизм, гипоспадия, крипторхизм и пр.). Совершенно немыслимо исчерпывающее перечисление всех многочисленных и разнообразных соматических особенностей, которые свойственны олигофрении. Целый ряд очаговых поражений с различными неврологическими симптомами и эндокринных расстройств наблюдается также при олигофрении, что находится в зависимости от происхождения болезни, определяющего особенности соматических, как и психических уклонений. При описании отдельных в нозологическом смысле форм нам еще придется коснуться соответствующих аномалий и недостатков физических и психических функций.

Серьезное внимание следует обратить на двигательные особенности олигофрена. Чем более глубока степень олигофрении, тем чаще наблюдается недоразвитие двигательных функций. Впрочем полного параллелизма между степенью умственной и двигательной недостаточности все же нет: наблюдаются несомненно тяжелые олигофрены с большой двигательной ловкостью и наоборот. По статистике Нодаше (Naudacher) двигательная недостаточность встречается у 75% идиотов, 50% — имбециллов, 25% — дебилов и 2% нормальных (на детском материале). По данным Айрелянда (Ireland) из 116 идиотов лишь 5 начали ходить во время, остальные же лишь после 2½ лет. Различные формы двигательной недостаточности, описанные нами в общей симп-

томатологии, встречаются главным образом у олигофренов. Различие этих форм очень резко сказывается на внешнем облике, поведении и трудоспособности олигофрена. При форме Дюпре они крайне неловки, с трудом научаются простейшим навыкам, у них наблюдается масса лишних ненужных движений, синкинезии. При фронтальной недостаточности больные подвижны, но неспособны к последовательным целесообразным движениям, так как не могут вырабатывать моторных формул и хранить их энграмм. При экстрапирамидных формах на первом плане недостаток статики, выразительных, защитных и прочих автоматических движений, вследствие чего больные крайне неуклюжи, со странной посадкой питекоидной фигуры, они быстро утомляются вследствие недостаточности автоматизмов. Кроме упомянутых форм общей двигательной недостаточности, у олигофренов очень часты дефекты отдельных двигательных механизмов, на которые следует обращать особенное внимание. Большое значение имеют разного рода недостатки со стороны речи, развитие которой столь тесно связано с интеллектуальными функциями. В детстве олигофрены обыкновенно поздно начинают говорить — по Айреланду — в среднем после 4 лет, некоторые олигофрены начинают говорить лишь около 10 лет. По статистике Лея (Leu) замедление начала речи наблюдается у 67% всех олигофренов. В глубоких степенях идиотии, как уже упоминалось, речь вовсе не развивается, причем больные произносят лишь нечленораздельные звуки. Бывают случаи, когда развитие двигательного компонента речи резко запаздывает, но олигофрен хорошо понимает речь, это так называемая *Hörstummheit* — слухонемо́та; при этом однако к 7—8 годам субъект все же начинает говорить. Во многих случаях далее речь ограничивается крайне ничтожным запасом слов, при этом обычно наблюдаются неправильности их выговора: шепелявость, неправильное произношение отдельных звуков, пропуски и перестановки слогов и т. п. Часто олигофрены не в состоянии правильно располагать слова с соблюдением грамматических правил данного языка, не могут строить предложения. При так называемом аграмматизме мы имеем нанизывание слов одного на другое без их правильного соединения, без склонений и спряжений. Иногда и при значительном запасе слов идиот все же не в состоянии выразить даже простейшей мысли: набор слов у таких субъектов часто лишен всякого содержания. Далее речь олигофренов даже легких обычно лишена выразительности, интонации, крайне монотонна, с ненужными паузами и выкриками. Так же невыразительна, бедна и однообразна мимика,

■ равным образом ■ жесты олигофренов. Ночное недержание мочи очень частое явление у олигофренов, особенно в детском ■ юношеском возрасте; этот недостаток несомненно относится к двигательной функции и связан с недоразвитием соответствующих моторных корковых центров. Нередко далее у олигофренов левшество. Часто левшество, дефекты речи, ночное недержание мочи наблюдаются вместе. Повидимому можно считать, что левшество является следствием менее целесообразного распределения функций между полушариями, сравнительно с правшеством, вследствие чего оно чаще, но не обязательно, бывает связано с явлениями интеллектуальной и двигательной недостаточности. В заключение упомянем о своеобразных ритмических стереотипных движениях, свойственных идиотам (покачивание туловищем, головой и пр.) и имеющих некоторое сходство с кататоническими расстройствами.

Отдельные формы олигофрении. Описанная выше суммарная симптоматология олигофрении с подразделениями по степени недоразвития далеко недостаточна для биологической концепции данной болезни. Как уже упоминалось, олигофрения представляет из себя сборную группу, вызывается различными этиологическими моментами и следовательно нозологически не представляется единой болезнью. Только точное уяснение патогенеза отдельных форм олигофрении и соответствующих патолого-анатомических данных позволит построить нозологическую группировку состояний недоразвития. В настоящее время, однако, вследствие недостаточности соответствующих данных могут быть выделены лишь некоторые формы из общей массы олигофрений. При конструировании этих форм, конечно, имеет значение не столько степень недоразвития, сколько его причины и те патологические особенности центральной нервной системы и всего организма, которыми обуславливается задержка развития.

Олигофрении вследствие эндогенных уродств
мозга.

Микроцефалия. Под микроцефалией следует подразумевать форму с равномерно малым по размерам черепом и соответственно малым недоразвитым мозгом, не имеющим, однако, очаговых разрушений. Помимо малых размеров мозга микроцефалов отмечаются следующие его особенности. Мозг неравномерно развит: подкорковые узлы, спинной мозг, мозжечек развиты достаточно, напротив, малы полушария и особенно лобные доли. Мозжечек кажется сравнительно большим, он не покрывается сверху полушариями большого мозга. Борозды обычно развиты недостаточно, нередко

их аномалии, наличие так называемой обезьяней борозды. Таким образом мозг микроцефалов частью имеет сходство с обезьяной, частью с мозгом утробных младенцев (6—8 месяцев); по весу он бывает ближе к обезьяньему мозгу, чем к человеческому (500—700 г). При микроскопическом исследовании мозга микроцефалов также отмечаются аномалии развития, а именно: гетеротопии (участки серого вещества, расположенные в белом), неправильное расположение нервных клеток в коре, количественное уменьшение нервных элементов; белое вещество также развито недостаточно и запаздывает в смысле обкладывания миэлином. Череп не только мал, но его кости обычно утолщены; лицевая часть черепа сравнительно сильно развита. Ту-



Рис. 28. Микроцефалия. (Известная „Машута“ Корсакова.)

ловище кажется непропорционально большим сравнительно с маленькой головой, но все же обычно рост микроцефалов не достигает нормы (130—150 см). Руки, наоборот, часто бывают несоразмерно длинны, что дает сходство с обезьяной, еще больше подкрепляемое общей посадкой тела микроцефалов — они стоят и ходят несколько согнувшись, опустив руки вперед (питекоидная фигура). Двигательные особенности микроцефалов очень своеобразны и соответствуют описанной нами фронтальной недостаточности. В смысле психических свойств выраженные микроцефалы находятся обычно на низкой ступени развития, соответствующей идиотии. При этом они добродушны, суетливы, несколько возбуждены, пообезьяньи подражательны, временами впадают в состояние гневного аффекта. Сексуально большей частью недоразвиты. С точки зрения патогенеза микроцефалия несомненно связана с эндогенным моментом или с поражением зачатка.

Олигофрения в связи с грубыми частичными явлениями недоразвития мозга. Различные уродства центральной нервной системы в более тяжелых случаях являются анатомической находкой у мерт-

но сильно развита. Туловище кажется непропорционально большим сравнительно с маленькой головой, но все же обычно рост микроцефалов не достигает нормы (130—150 см). Руки, наоборот, часто бывают несоразмерно длинны, что дает сходство с обезьяной, еще больше подкрепляемое общей посадкой тела микроцефалов — они стоят и ходят несколько согнувшись, опустив руки вперед (питекоидная фигура). Дви-

ворожденных и нежизнеспособных младенцев, погибающих вскоре после рождения. Сюда относятся: недоразвитие мозговых полушарий — аненцефалия, недостаточное развитие отдельных долей и извилин (агирия), микрогирия (формы, отчасти соответствующие ранним периодам развития плода), отсутствие мозолистого тела и т. п. Сюда же можно отнести ■ так называемую болезнь Мерцбахера (Merzbacher) с недоразвитием белого вещества, которое не покрывается миэлином. Далее описаны случаи уродств мозга вследствие недоразвития сосудистой системы (ангио-дистрофические формы). Все эти тяжелые уродства, если субъект окажется жизнеспособным, проявляются клинически в виде глубокой идиотии.

Олигофрении вследствие экзогенных поражений мозга.

Экзогенные моменты имеют очень большое значение в происхождении олигофрений. В сущности уже поражение зачатка обыкновенно бывает связано с внешними вредными агентами (алкоголизм, сифилис ■ др. инфекции родителей). Однако явления недоразвития, связанные с экзогенным поражением зачатка, очень трудно отличить от эндогенных форм, и потому практически под экзогенными олигофрениями следует подразумевать случаи, связанные с повреждением плода во внутриутробном периоде или с поражением мозга в раннем детстве. Сюда относятся следующие формы:

Инфекционные формы олигофрении. В связи с острой инфекцией у ребенка развиваются менингиты и энцефалиты (иногда менинго-энцефалиты), протекающие при высокой температуре с тяжелыми мозговыми явлениями (эпидемический серозный менингит, гнойный менингит — часто ■ связи с отитом, туберкулезный менингит, острые энцефалиты в связи с корью, скарлатиной и пр.). Если субъект выживает, то на месте острого поражения остается дефект мозгового вещества, заполняемый соединительно-тканными рубцами, кистами и пр., а также местными утолщениями мозговой оболочки. Эти стойкие последствия острых процессов (*residua*) влекут за собой: 1) общую задержку развития мозга и, следовательно, большую или меньшую степень олигофрении, 2) местные очаговые явления в виде параличей, парезов, эпилептиформных припадков, иногда с характером джексоновой эпилепсии. Парализованные в раннем детстве конечности (так наз. детские церебральные параличи) не доразвиваются и уродуются, искривляются благодаря контрактурам. В такой конечности могут наблюдаться гиперкинезы, в виде дрожания, хореатических и атетозных явлений,

Олигофрения на почве сифилиса (см. гл. третью, Врожденный сифилис).

Олигофрения на почве головной водянки. Гидроцефалия также обязана своим происхождением различным инфекциям, чаще всего сифилису, что доказывается анатомическими и серологическими исследованиями. Непосредственной причиной головной водянки следует считать воспалительное увеличение количества цереброспинальной жидкости вследствие поражения в утробном или раннем детском возрасте *plex. chorioidei* и эпендимы, причем обычно изменения бывают связаны с менингитом (с оболочек процесс переходит на *plexus chorioideus*). Вместе с тем нарушается сообщение между желудочками и субарохноидальным пространством, в результате чего получается неправильность циркуляции цереброспинальной жидкости. Повышение давления в желудочках мозга, зависящее от чрезмерного скопления в них жидкости, влечет за собою уплощение и утончение стенок мозга; соответствующим образом растягивается череп, причем задерживается зарастание черепных швов. Окружность черепа может достигать огромных размеров (до 75 см и более). Так как лицевая часть и основание черепа остаются обычных размеров, то гидроцефалический череп приобретает особенно характерную форму: он растягивается главным образом вверх, вперед и назад, лобная кость резко выпячивается, корень носа, связанный с основанием черепа, кажется резко запавшим под чрезмерно выпуклым лбом. Непосредственным результатом повышения внутричерепного давления являются: 1) симптомы общего недоразвития и 2) местные симптомы — спастические параличи, контрактуры, эпилептиформные припадки; походка обычно расстраивается (спастически паретический тип) даже в более легких случаях; нередко поражение зрения вследствие давления на хиазму (обычно битемпоральная гемианопсия) и атрофии зрительных нервов. Вследствие давления на область гипофиза при гидроцефалии часты эндокринные расстройства, выражающиеся в резком ожирении, нарушениях обмена, задержке полового развития и пр. Что касается психического недоразвития, то наблюдаются различные его степени от глубоких форм идиотии до сравнительно нерезких явлений дебильности. При этом помимо общего понижения интеллекта для гидроцефалов характерны: эвфория, раздражительность, склонность к аффективным вспышкам; иногда отмечается склонность к резонерству, остроумничанью; обычна далее большая утомляемость, неустойчивость внимания, ослабление памяти (Серейский). Гидроцефалия, обнаруживаясь обычно на первом году жизни, дает в дальнейшем колебания в

зависимости от изменений внутричерепного давления: при его временных повышениях усиливаются параличи, появляются частые эпилептиформные припадки, со стороны психики — затемнение сознания. В очень легких случаях головной водянки психическое и физическое развитие может почти совершенно не нарушаться.

Травматическая олигофрения. Уже во время внутриутробной жизни травмы матери и живот, также неудачные попытки механического изгнания плода, могут вызвать повреждения ребенка; гораздо чаще, однако, травматизация происходит во время родов, также и случайные травмы черепа в раннем детстве могут повлечь за собой повреждения мозгового вещества, в частности кровоизлияния. В результате таких травм получают очаговые симптомы (параличи, припадки и пр.) и задержка общего развития.

Олигофрения на почве отравлений. Интоксикация возможна у внутриутробного младенца вследствие нарушения обмена веществ у матери (например при уремии); возможны, конечно, и случайные отравления в раннем детстве. Интоксикации могут дать очень резкие поражения несформировавшегося мозга (анатомически отмечаются запусения в коре при отсутствии воспалительных явлений).



Рис. 29. Монголизм. (Собств. набл.).

Олигофрения на почве эндокринных расстройств.

Ряд относящихся сюда форм: кретинизм и т. д. описан в главе об эндокринопатиях. Эти формы только в том случае относятся к олигофрениям, если начало болезни совпадает с ранним возрастом и если явления недоразвития превалируют в картине болезни. Здесь мы опишем еще одну форму, так наз. *монголизм* (раньше называли монголоидная идиотия). Монголизм — это своеобразный, резко очерченный сомато-психический синдром. Соматически эти больные до того похожи, что кто раз видел одного, тот знает всех. К числу обязательных симптомов относятся: монгольский тип лица с криво поставленными глазами, большой язык (макроглоссия) с глубокими бороздами на поверхности (*lingua geographica*) и гипотония мышц с гиперэкстензией суставов. До-

бавочные симптомы: отсталость роста, брахицефалия, румянец на щеках, пупочная грыжа, крипторхизм, цианоз конечностей, склонность кожи к экземам, блефарит, неловкость движений, недоразвитие речи и пр. Серейский выделяет два типа монголизма: 1) с преобладанием гипотиреоидных явлений (сильная отсталость в росте, толстая сухая кожа, одутловатое лицо, вздутый живот, пупочная грыжа и пр.) ■ 2) с преобладанием гипогенитальных стигм (крипторхизм, отсутствие вторичных половых признаков, резкий акроцианоз, отсутствие или недоразвитие верхних латеральных резцов ■ пр.). Со стороны психики — обычно наблюдается слегка повышенное настроение, связанное с психомоторной подвижностью и умственной отсталостью разных степеней (вплоть до идиотии); это состояние можно охарактеризовать, как „эретическую отсталость“. Характер у этих больных добродушный; они очень склонны к подражанию. Это преобладающий тип. В тех же случаях, где мы имеем превалирование гипогенитальных явлений, мы встречаем наоборот безразличное по преимуществу настроение, элементы торпидности. Этиология, патогенез не выяснены. Имеется указание на полигландулярную недостаточность (щитовидной железы, гипофиза, половых желез), которая является частностью общей недостаточности, общей задержки развития, почему монголизм и входит в группу олигофрении. В мозгу отмечается ряд признаков недоразвития: малая величина полушарий, бедность извилинами, неотчетливая архитектура коры и пр.

Инфантилизм. Под инфантилизмом понимают остановку на детской фазе развития; если это касается всех органов, то говорят об универсальном, если части органов — о частичном инфантилизме. В настоящее время различают два основных вида инфантилизма: экзогенный (по преимуществу дистрофический) и эндогенный (главным образом эндокринный). Первый тип или тип Лорен (Logain) получается вследствие ряда вредностей: интоксикаций, инфекций, пониженного питания (недостаток витаминов). Он характеризуется задержкой роста при сохранении пропорций тела, гипоплазией половых органов, отсутствием вторичных половых признаков, недостаточной инволюцией лимфатического аппарата (анемия, хлороз) и задержкой в психическом развитии. Кроме того: гипопластическое сердце, узкая аорта, учащенный пульс, низкое кровяное давление. Особенно характерен ряд „детских“ черт: большой череп, малое лицо, короткие конечности. Второй тип или так наз. тип Бриссо (Brissaud) связан с эндокринными расстройствами, по Бриссо исключительно с гипотиреозом

(так наз. миксинфантилизм), по другим авторам — и с половыми железами, гипофизом, с множественным заболеванием желез. Незрелость этих больных проявляется в интеллекте в виде дебильности (реже имбецильности), ■ инфантильных реакциях (внушаемость ■ пр.). Со стороны интеллектуальной отмечается: отвлекаемость внимания, недостаточность восприятия, плохая память, плохое развитие общих представлений, малые знания, поверхностность суждения, склонность к преувеличению и фантазерству; со стороны аффективно-волевой: эгоизм, самодовольство рядом с чувством собственной недостаточности. Прогноз сомнителен (большая склонность к туберкулезу).

Наконец олигофрения возможна на почве различных других тяжелых поражений мозга в раннем детстве, которые могут задерживать развитие субъекта; сюда относятся порэнцефалии, атрофические склерозы и пр. Помимо перечисленных форм с более или менее ясным патогенезом наблюдается значительное количество олигофрений, не поддающихся нозологическому определению. Самые разнообразные моменты: случайные болезни родителей во время зачатия, матери во время беременности, соматические болезни ■ раннем детстве, моменты, не поддающиеся учету (особенно при часто недостаточном анамнезе) могут являться причиной олигофрении, причем, исследуя больного, мы не находим специфических особенностей, которые бы помогли расшифровать характер поражения. При отсутствии грубых повреждений мозга и соответствующих очаговых симптомов, облегчающих выяснение патогенеза данного недоразвития, — чаще всего мы имеем дело все же с последствиями поражения зачатка. Нередко это более легкие формы недоразвития, переходящие без резкой границы в состояние нормы.

Течение. Задержка развития психики и всего организма кладет определенный отпечаток на всю жизнь данного субъекта: олигофрения, начинаясь с рождения (или с раннего детства), продолжается до самой его смерти. Из этого конечно не следует, что олигофрения протекает без всяких колебаний. Целый ряд факторов биологических и жизненно-эпизодических (социальных) оказывают значительное влияние на внешние особенности олигофрении. Биологическая неполноценность таких больных, врожденная инвалидность их организма прежде всего делает их, обычно, очень неустойчивыми по отношению к инфекциям, отравлениям и прочим вредным агентам; олигофрены, как правило, не долговечны. Возрастные особенности конечно имеют большое значение при учете физических и психических свойств олигофрена: он хотя мед-

ленно и недостаточно, но развивается, приобретает с возрастом те или иные навыки и знания. С другой стороны, биологические пертурбации в организме (пубертатный период, беременность и пр.) могут изменять в ту или иную сторону картину болезни. В частности задержки и колебания функций желез внутренней секреции, особенно при эндокринопатических формах, оказывают влияние на внешние проявления олигофрении. Правильное обучение и воспитание в детстве имеет значение в смысле приобретения олигофреном доступных ему трудовых и социальных навыков (подробнее этой темы мы коснемся ниже). Напротив, беспризорность, заброшенность особенно легко влекут к антисоциальным уклонам (нищенство, бродяжничество, проституция). Особенно часто олигофрены опускаются и деградируют вследствие алкоголизма, причем у них наблюдается плохая выносливость по отношению к этому яду. Нужно отметить еще то очень важное обстоятельство, что олигофрены легко дают болезненные реакции на психические травмы, реакции, развертывающиеся в форме психозов типа психогений. Такие эпизодические психические заболевания особенно часты у дебилов в тех случаях, когда к ним предъявляют непосильные требования. Например дебила заставляют учиться в обычной школе, что для него слишком трудно и он, в конце концов, дает болезненную психотическую реакцию; то же самое может произойти с дебилем, взятым на военную службу: в простой, особенно деревенской обстановке, он кое-как работал и его неполноценность не так уже резко выявлялась, в более же сложной обстановке нервная система его не выдерживает непривычной и непосильной нагрузки. Во всех этих и им подобных случаях несоответствие между неполноценностью субъекта и предъявляемыми к нему требованиями, сознание собственной неполноценности, неумение приспособиться к обстановке, иногда грубое третирование со стороны полноценных сверстников, отказ от работы и т. п. создают для олигофрена невыносимое положение, разрешаемое „бегством в болезнь“. Психогенные реакции олигофренов протекают по разным типам в зависимости от особенностей их психики, от упомянутых выше вариаций в области аффектов и влечений. Чаще всего у дебилов бывают истерические, примитивные, а также шизоидные реакции (см. главу о психогениях). Что касается более глубоких олигофренов—имбецилов и особенно идиотов, то психогенные реакции у них более элементарны, проявляются в виде вспышек возбуждения или угнетения и обычно не выкристаллизуются в определенные формы реакций, свойственных более полноценной психике.

Патологическая анатомия нервной системы при олигофрении различна ■ находится ■ зависимости от патогенеза. При описании отдельных нозологических форм мы ■ кратких чертах отмечаем их патолого-анатомические особенности. Здесь остается нам лишь указать суммарно на два ряда анатомических изменений, свойственных олигофрении: 1) Пороки развития — при формах эндогенного происхождения — микроцефалия, мегаленцефалия, аненцефалия, агирия, отсутствие мозолистого тела, гетеротопия серого вещества, неправильное расположение клеток по слоям, наличие клеток Кахаля в первом слое коры (в норме они бывают лишь во внутриутробном периоде), врожденное малое количество нервных клеток, недоразвитие белого вещества. 2) Остатки — *residua* — старых процессов, рубцы, утолщения оболочек, кисты, склеротические очаги, запустения и пр. Существует, однако, значительное число случаев олигофрении, особенно легких степеней, без очаговых симптомов, когда анатомическое исследование не дает сколько-нибудь определенных данных, что, конечно, зависит от несовершенства гистологических методов, пока еще пригодных лишь для распознавания более грубых изменений нервной ткани.

Распознавание олигофрении не представляет обычно затруднений, поскольку дело касается формального определения недоразвития психики и всего организма. Гораздо более сложным представляется нозологическое распознавание, включающее определение патогенеза; только подробное исследование — психоневрологическое, соматическое и серологическое — дает возможность поставить полный диагноз олигофрении. При отграничении от других заболеваний, дающих симптомы психической недостаточности (слабумия), следует особенно базироваться на том обстоятельстве, что олигофрения стационарна, не обнаруживает прогрессивности, проявляется с раннего детства и сопровождается в большинстве случаев явлениями соматической недостаточности. При эпилепсии, шизофрении и др. прогрессивных заболеваниях субъект в огромном большинстве случаев заболевает не с самого начала своей жизни, во время болезни он теряет постепенно приобретенные знания и навыки, вследствие чего клинически (и патолого-анатомически) отмечается постепенная деградация. Большие трудности, однако, могут встречаться при отграничении олигофрении от прогрессивных заболеваний, если они начинаются в детстве. Поражая еще не сформированный мозг, эпилепсия или шизофрения, помимо обычных свойственных им симптомов, влекут за собою и частичные явления недоразвития. Накладываясь на основные симптомы данной болезни, эти явления недоразвития могут тем более

создать сходство с олигофренией, что, например, эпилептиформные припадки, как мы видели, обычны при некоторых формах олигофрении, раннее же слабоумие ■ детском возрасте нередко протекает вяло, без ярких проявлений этой болезни, свойственных взрослым. Наконец, бывают случаи, когда шизофрения развивается у олигофренов (подробности см. в главе о шизофрении), ■ тогда еще более смешиваются симптомы обеих болезней. Тщательное взвешивание клинических данных и в этих случаях помогает постановке диагноза.

Лечение ■ профилактика. Прежде всего важно предпринять причинное лечение там, где это возможно. При эндокринных олигофрениях показано соответствующее лечение препаратами желез (тиреоидии, гипофизис). При олигофрении на почве сифилиса следует испробовать специфическое лечение. Конечно, как уже указывалось, нельзя возлагать больших надежд на такую терапию, так как при олигофрении мы имеем дело в сущности не с сифилитической инфекцией, а с ее последствиями, непоправимыми и стойкими остатками; частичные улучшения, однако, возможны, поскольку иногда могут оказаться и более свежие патологические образования люэтического характера.

В некоторых случаях олигофрении возможно хирургическое лечение. При гидроцефалии удаление жидкости дает хотя и нестойкие, но все же благоприятные результаты; иногда такое вмешательство является жизненным показанием, так как резкое повышение внутричерепного давления может давать очень опасные симптомы. Далее в случаях, когда имеются указания на постоянное раздражение мозгового вещества, вследствие чего наблюдаются эпилептиформные припадки, джексоновая эпилепсия и др. гиперкинезы, — показана трепанация с целью удаления рубцов, опухолей, кист и пр. Конечно следует иметь в виду во всех этих случаях необходимость точной локализации. Хирургические мероприятия в полости черепа, само собой разумеется, имеют свои опасности и нередко дают смертельный исход, что к несчастью сильно ограничивает показания к их применению. Помимо мозговых операций хирургическое вмешательство иногда бывает полезно для устранения особенно тягостных контрактур, для исправления искривлений конечностей, а также для устранения таких уродств, как заячья губа и т. п.

Чрезвычайно важное значение при олигофрении имеют лечебно педагогические мероприятия в детском возрасте и в дальнейшем — трудовой режим. Эти меры, конечно, имеют прежде всего профилактическое значение, предупреждая столь частые отклонения олигофренов в сторону антисоциальности

(бродяжничество, нищенство, проституция, различные правонарушения). Воспитание и обучение отсталых требует создания для них соответствующей обстановки, применения методов, подходящих для уровня их развития. В более тяжелых случаях (идиотия и тяжелые формы имбецильности) задачи воспитания ограничиваются дисциплинированием субъекта, обучением простейшим навыкам, опрятности, умению одеваться, раздеваться и пр., что до известной степени облегчает уход за такими больными. Все же их беспомощность обычно так велика, что в очень многих случаях требуется специально приютское содержание. Гораздо более сложной и благодарной задачей является обучение и воспитание легких олигофренов, особенно дебилов. При благоприятных условиях такие олигофрены после обучения в вспомогательных школах, в которых материал преподавания приспособлен к уровню развития таких субъектов, могут вести трудовую жизнь и не быть в тягость окружающим. При выборе профессии необходимо считаться с психическими и физическими силами субъекта, направляя его на простейшие формы труда. В этом отношении чрезвычайно полезны консультации при амбулаториях и диспансерах, имеющие целью целесообразную трудовую профориентацию неполноценных, но способных к работе субъектов. В некоторых случаях для охраны прав неполноценных олигофренов необходимо наложение опеки в официальном порядке с целью охраны данной личности от возможности злоупотребления их легковерием.

Судебно-медицинское значение олигофрении ясно само собой. Олигофрены сколько-нибудь выраженной степени не могут в полной мере нести ответственности за свои поступки, и по отношению к тем из них, которые склонны к правонарушениям, требуются специальные меры защиты общества. Такие больные должны быть под соответствующим надзором, более опасных из них следует содержать в организованных учреждениях преимущественно колониального типа с трудовым режимом (мастерские и особенно сельскохозяйственный труд). Обычно этой цели удовлетворяют рабочие отделения загородных психиатрических колоний.

Заканчивая настоящую книгу, мы позволим себе в заключение высказать следующее:

При изложении психических расстройств, особенно в кратком руководстве, неизбежна некоторая схематичность: приходится подчеркивать наиболее типичные и яркие проявления, устанавливать возможно более определенные границы заболеваний. В действи-

тельности, однако, в психиатрии, пожалуй, больше чем в других областях медицины, врачу приходится наблюдать случаи abortивные, с неясными проявлениями, случаи переходные и смешанные с разнообразными наслоениями, нередко затемняющими основную сущность болезни. Само собой разумеется, что лишь клинический опыт, опирающийся на наблюдении и исследовании большого числа больных, дает возможность врачу ориентироваться в сложных и разнообразных проявлениях психических заболеваний.



4 p. 50 k. 7/8

Репетит 40 к.